



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

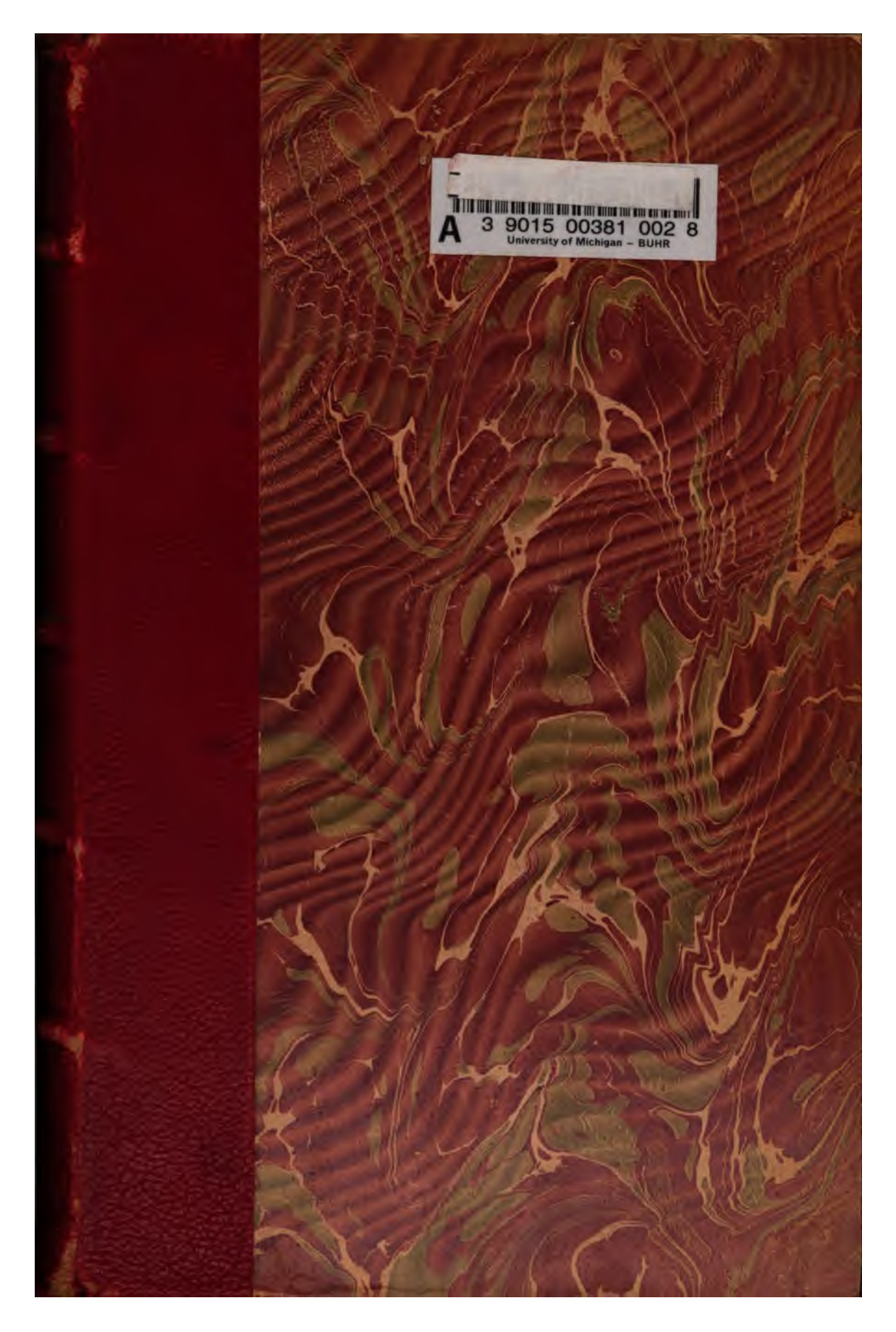
Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

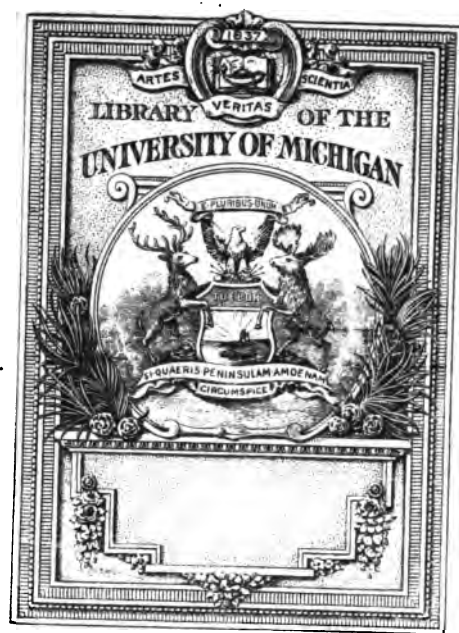
À propos du service Google Recherche de Livres

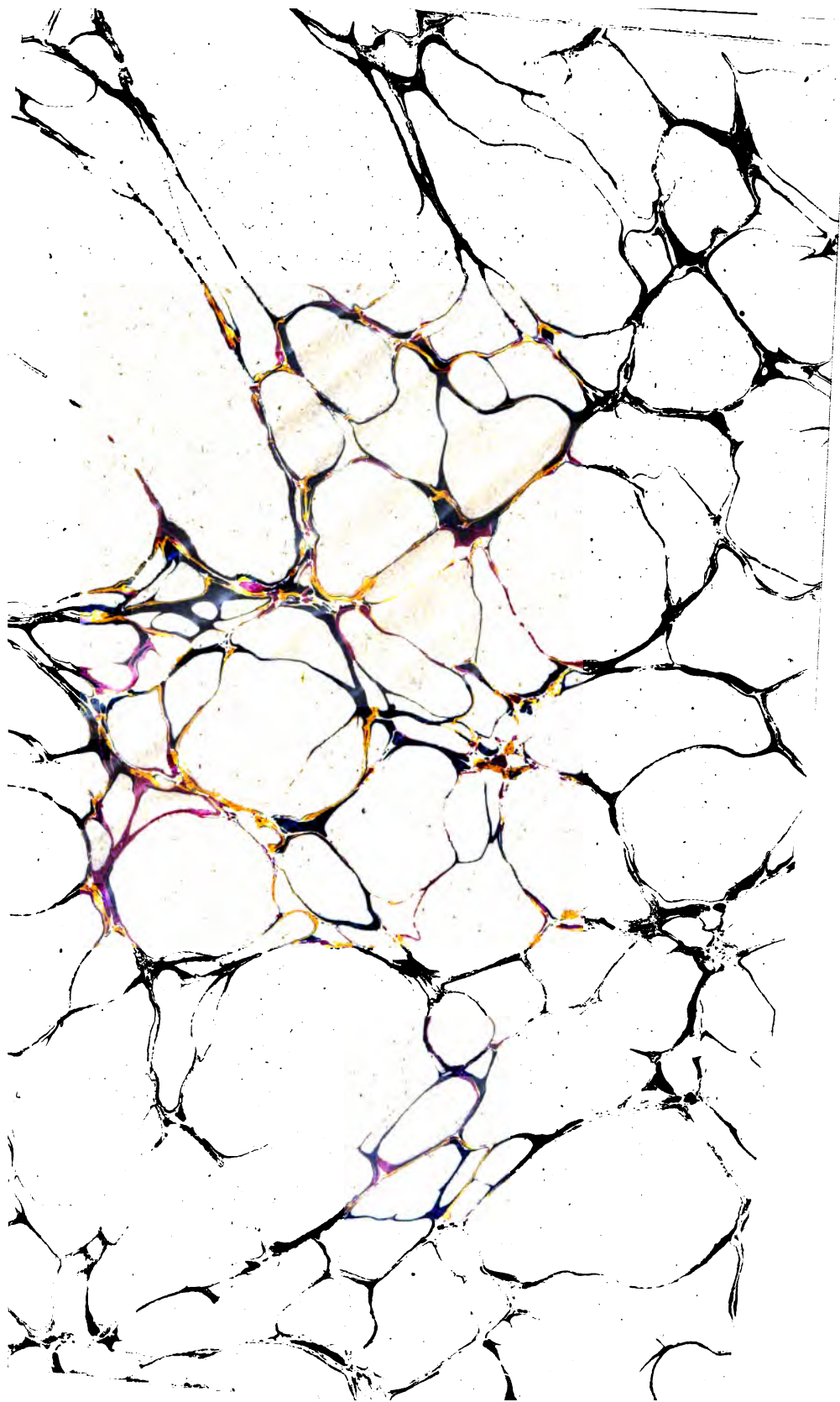
En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

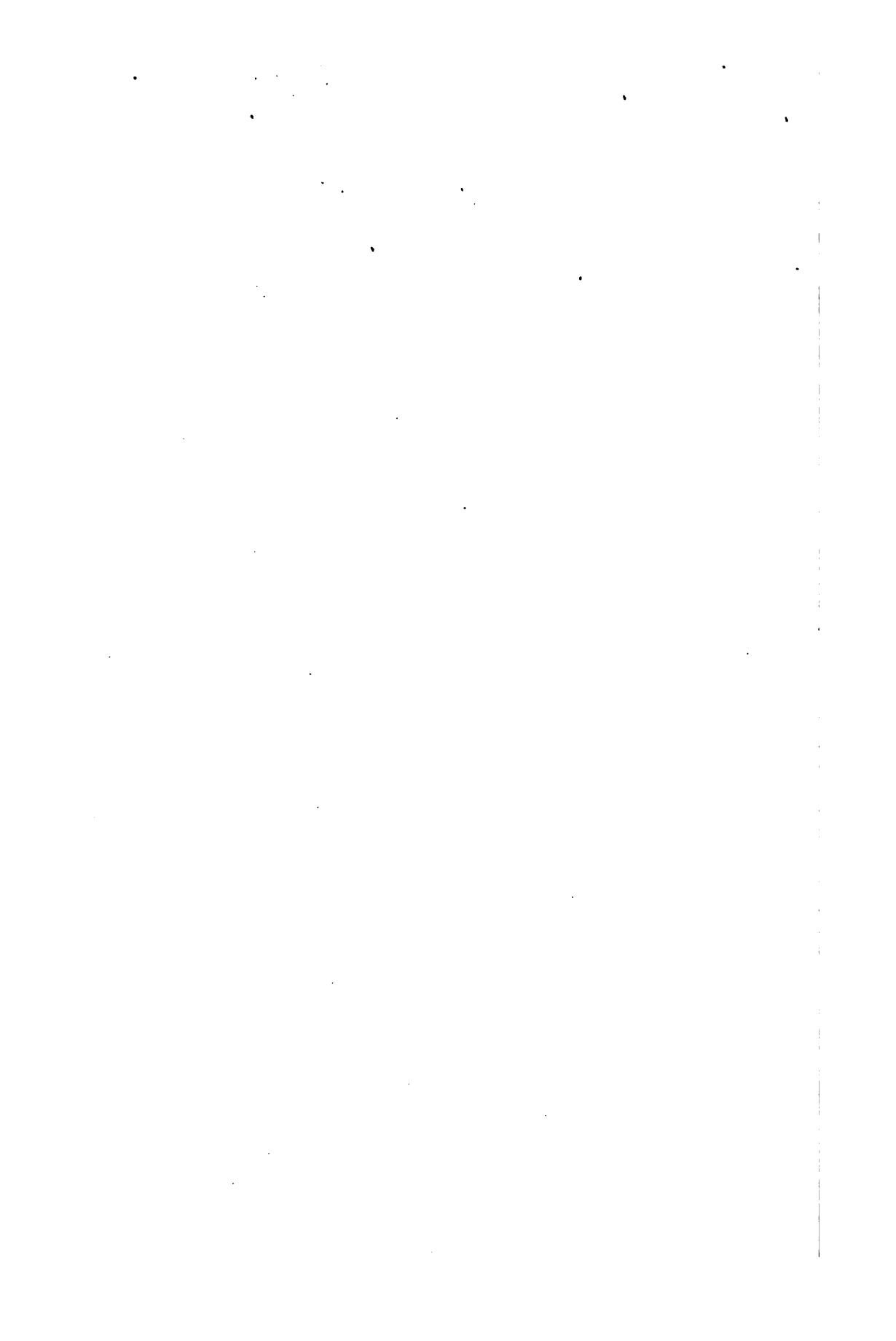


The image shows the front cover of a book. The cover is decorated with a marbled paper pattern in shades of brown, green, and cream. A solid red spine is visible on the left side. A white library label is affixed to the upper right portion of the cover. The label contains a barcode, the call number 'A 3 9015 00381 002 8', and the text 'University of Michigan - BUHR'.

A 3 9015 00381 002 8
University of Michigan - BUHR







610.
S1
01

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

BULLETINS & MÉMOIRES
DE LA
SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE
ET
GYNÉCOLOGIQUE
DE PARIS

POUR L'ANNÉE 1895

PUBLIÉS SOUS LA DIRECTION DE MM.

PORAK

Secrétaire général

TOUVENAIN

Secrétaire des Séances



PARIS
JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

35, BOULEVARD HAUSSMANN, 35

—
1896

SOCIÉTÉ
OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
DE PARIS

Composition du Bureau
POUR L'ANNÉE 1896

<i>Président,</i>	MM. MAYGRIER.
<i>1^{er} Vice-Président,</i>	RICHELOT.
<i>2^e Vice-Président,</i>	DOLÉRIS.
<i>Secrétaire-général,</i>	PORAK.
<i>Secrétaire des séances,</i>	FOURNEL.
<i>Secrétaire-adjoint,</i>	PICHEVIN.
<i>Trésorier-Archiviste,</i>	OLIVIER.

~~~~~



# MEMBRES HONORAIRES

|                  |                |                |
|------------------|----------------|----------------|
| MM. F. — AVRARD. | F. — DESOYRE.  | F. — A. PETIT. |
| F. — BERGER.     | F. — FERDUT.   | F. — VERRIER.  |
| F. — DUPLAY.     | F. — MARCHAND. |                |

# MEMBRES TITULAIRES

| MM.                               | MM.                              |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| F. — AUVAR, 58, r. de la Boétie.  | 1887. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE        |
| 1889. BAR, 122, rue de la Boétie. | 3, avenue Montaigne.             |
| 1892. BOISLEUX, 19, rue Mont-     | F. — LUTAUD, 35, boul. Hauss-    |
| martre.                           | mann.                            |
| 1894. BOISSARD, 68, rue Saint-    | 1889. MAYGRIER, 13, rue des      |
| Lazare.                           | Pyramides.                       |
| 1889. BONNAIRE, 37 ter, rue de    | 1891. NITOT, 24, rue Lafayette.  |
| Bourgogne.                        | F. — NIVERT, 22, rue Bayard.     |
| 1890. BONNET, 13, rue de Turin.   | F. — OLIVIER, 6, rue Maubeuge.   |
| 1889. BUDIN, 4, avenue Hoche.     | F. — PAJOT, 14, rue Monsieur-    |
| 1891. CHAPUT, 83, rue de Lille.   | le-Prince.                       |
| F. — CHARPENTIER, 66, rue         | F. — PERIER, 9, rue Boissy-      |
| Miromesnil.                       | d'Anglas.                        |
| F. — DOLERIS, 20, Boul. de        | 1889. P. PETIT, 30, rue Racine.  |
| Courcelles.                       | 1894. PICHEVIN, 18, rue Cau-     |
| F. — DUMONT-PALLIER, 24, rue      | martin.                          |
| Vignon.                           | 1890. POITOU-DUPLESSIS, 40,      |
| 1893. FOURNEL, 50, rue Richer.    | rue Jouffroy.                    |
| 1891. GENDRON, 10, rue de         | F. — POLAILLON, 229, boul. St-   |
| Turbigo.                          | Germain.                         |
| F. — GRESLOU, 7, rue Rouget-      | F. — PORAK, 176, boul. St-Ger-   |
| de-Lisle.                         | main.                            |
| F. — GUENIOT, 1, rue de Lille.    | 1886. REY, 7, rue Saint-Lazare.  |
| 1887. JOUIN, 11 bis, cité Trévis. | 1892. REYNIER, 2, rue de Rome.   |
| 1888. KIRMISSON, 27, quai d'Or-   | 1886. RICHELLOT, 32, rue de Pen- |
| say.                              | thièvre.                         |
| F. — LABUSQUIÈRE, 5, rue          | 1889. SCHWARTZ, 122, Boul. St-   |
| Coëtlogon.                        | Germain.                         |
| 1886. LE PILEUR, 15, rue de       | F. — TERRILLON, 36, rue du       |
| l'Arcade.                         | Général Foy.                     |
| F. — LOVIOT, 14, rue de Ham-      | 1893. TOUVENANT, 18, rue de      |
| bourg.                            | Provence.                        |

# MEMBRES ASSOCIÉS NATIONAUX

| MM.                           | MM.                          |
|-------------------------------|------------------------------|
| 1895. BUREAU, 105, rue St-La- | 1894. M. PENOYÉE, 8, rue de  |
| zare.                         | Louvois.                     |
| 1895. CAUBET, 31, rue Roche-  | 1895. TISSIER, 8, rue Bocca- |
| chouart.                      | dor.                         |

# MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

| MM.                          | MM.                           |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1894. BERLIN (Nice).         | 1890. LEFOUR (Bordeaux).      |
| 1894. BEUGNIES-CORBEAU       | 1893. LERICHE (Nice).         |
| (Givet).                     | 1895. LUGEOL (Bordeaux).      |
| 1885. BOUSQUET (Marseille).  | 1886. MARTEL (Saint-Malo).    |
| 1889. CORDES (Genève).       | 1892. PARA (La Ferté-Alais).  |
| 1891. CROUZAT (Toulouse).    | 1886. PERRET (Rennes).        |
| 1895. DELASSUS (Lille).      | 1893. QUEIREL (Marseille).    |
| 1890. DUMAS (Levignan-Gard). | 1889. ROUVIER (Beyrouth).     |
| 1895. DUMONT (Tourcoing).    | 1889. SABAIL (Saint-Sauveur). |
| 1892. FRAISSE (Roubaix).     | 1889. SECHEYRON (Toulouse).   |
| 1886. GUICHARD (Angers).     | 1886. TRIAIRE (Tours).        |
| 1887. HIRIGOYEN (Bordeaux).  |                               |

## MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

| MM.                                 | MM.                                         |
|-------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1890. AUGER (Montréal).             | 1894. KUMMER (Genève).                      |
| 1891. BARNES (F.) (Londres).        | 1887. LA TORRE (Rome).                      |
| 1889. BETRIX (Genève).              | 1894. LAURO (Naples).                       |
| 1891. CHEVRIER (Ottawa).            | 1887. LUSK (New-York).                      |
| 1885. CLOPATOFSKY (Bogota).         | 1895. C. MARTIN de ARGENTA<br>(Salamanque). |
| 1892. COROMILAS (Calamata).         | 1889. MISRACHI (Salonique).                 |
| 1886. CORTIGUERA (Santander).       | 1895. MONTOYA (Medellin).                   |
| 1895. DUDLEY (Patterson).           | 1889. NARICH (Smyrne).                      |
| 1887. CRUCEANU (Bucharest).         | 1886. NEUGEBAUER (Varsovie).                |
| 1895. S. GACHE (Buenos-Ayres).      | 1892. POLK (New-York).                      |
| 1891. GEHRUNG (St-Louis).           | 1892. REVERDIN (A.) (Genève).               |
| 1894. HADGÈS (Caire).               | 1892. SKENE (Brooklyn).                     |
| 1895. HARRIS (Chicago).             | 1893. SLAVIANSKY (Saint-Pé-<br>tersbourg).  |
| 1895. HUNTER ROBB (Cleve-<br>land). | 1890. TREUB (Leyde).                        |
| 1890. JACOBS (Bruxelles).           | 1887. VULLIET (Genève).                     |
| 1891. JENTZER (Genève).             |                                             |
| 1891. H. O. KELLY (Baltimore).      |                                             |

## MEMBRES DÉCÉDÉS DEPUIS LA FONDATION DE LA SOCIÉTÉ

| MM.         | GALLARD.         | RICHET.   |
|-------------|------------------|-----------|
| BAILLY.     | GILLETTE.        | SIREDEY.  |
| BERNUTZ.    | A. GUERIN.       | THEVENOT. |
| BLANC.      | MARTINEAU.       | WASSEIGE. |
| DEVILLIERS. | NEUGEBAUER père. |           |

## JOURS DES SÉANCES

|             |              |
|-------------|--------------|
| Jeu         | Jeu          |
| di          | di           |
| .....       | .....        |
| 9 Janvier.  | 11 Juin.     |
| 13 Février. | 9 Juillet.   |
| 12 Mars.    | 8 Octobre.   |
| 9 Avril.    | 12 Novembre. |
| 14 Mai.     | 10 Décembre. |





## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 10 Janvier 1895.*

Présidence de M. MAYGRIER, vice-président.

*Sommaire.* — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

*Correspondance manuscrite.* — Lettre de M. Richelot qui s'excuse de ne pas assister à la séance et remercie la Société de sa nomination à la vice-présidence.

*Correspondance imprimée.* — Journaux français et étrangers.

*Installation du bureau pour 1895.* — Discours de M. BUDIN, président sortant et de M. MAYGRIER, vice-président.

*Communications.* — M. TISSIER : Observation de symphyséotomie. — *Discussion* : MM. FOURNEL, PORAK. — M. CHARPENTIER au nom de M. MARULA : Présentation d'une môle. — M. LOVIOT : Présentation d'un œuf abortif accolé aux membranes. — M. PETIT : Traitement des lésions de l'endométrium. *Discussion* : M. DOLÉRIS. — M. TOUVENAIN : Contribution à l'étude de la valeur des tractions rythmées de la langue dans les cas de mort apparente du fœtus. — M. BUDIN : Du traitement prophylactique de l'ophthalmie des nouveau-nés par le nitrate d'argent en solution faible. *Discussion* : MM. OLIVIER, DOLÉRIS, MAYGRIER, CHARPENTIER, BUDIN. — M. DOLÉRIS : Observation d'avortement brusqué. *Discussion* : M. MAYGRIER.

M. BUDIN, *président sortant* : Bien que n'appartenant à votre Société que depuis 1889, vous m'avez fait le grand honneur de m'appeler à la vice-présidence en 1892, je vous en ai exprimé toute ma gratitude.

Cette année, 1894, me paraît avoir été particulièrement féconde : des présentations de pièces, des observations cliniques intéressantes, des communications de mémoires sur des sujets d'obstétrique et de gynécologie, des discussions importantes ont rempli nos séances et plusieurs fois, après avoir travaillé pendant deux heures, nous avons dû nous séparer sans avoir épuisé l'ordre du jour. Vous résumer tous ces travaux que vous connaissez bien serait probablement perdre un temps qui n'est que trop précieux.

Il suffit de parcourir nos Bulletins pour voir combien a été grande l'activité de notre Société. Cette activité persistera, je m'y emploierai pour ma part de mon mieux et, rentré dans le rang, j'en profiterai pour vous faire quelques communications.

Je vous remercie de votre constante bienveillance qui m'a facilité la direction des discussions ; elles ont été ce qu'elles doivent toujours être : courtoises et scientifiques.

Un de nos membres fondateurs, un de nos collègues les plus distingués, M. le Dr Bailly, professeur agrégé d'accouchement à la Faculté de Médecine, a succombé ces jours-ci. C'était un praticien de grand savoir qui, vous vous en souvenez, a su défendre à certains jours ses idées avec une conviction profonde.

J'ai le vif regret de ne pouvoir céder le fauteuil à notre collègue Terrillon que son état de santé retient encore loin de nous ; la Société toute entière, j'en suis sûr, se joindra à son Bureau pour lui envoyer avec nos vœux pour son complet rétablissement l'assurance de notre profonde sympathie.

Je souhaite la bienvenue à MM. Richelot et Avrard nouvellement élus Vice-président et Secrétaire : vous ne pouviez faire un choix plus digne. J'invite le plus ancien Vice-président, M. Maygrier, à me succéder.

M. MAYGRIER, *premier vice-président* : En prenant place à ce fauteuil, je tiens tout d'abord à m'associer à notre président sortant, M. Budin, dans l'expression des regrets que nous cause l'absence, pour raisons de santé, de M. Terrillon notre Président de l'année 1895 que je viens remplacer, et dont nous souhaitons tous bien vivement la guérison.

Je tiens également à vous remercier de nouveau de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant en 1893 à la Vice-présidence : je ferai tous mes efforts pour me rendre digne de votre confiance.

M. Budin vous disait tout à l'heure que l'année 1894 avait été particulièrement féconde pour notre Société. Mais ce qu'il n'a pas dit, et ce que j'ai le droit et le devoir de dire, c'est que cette fécondité a été en grande partie son œuvre. C'est en effet à son incessante activité, à la direction savante qu'il a

su imprimer à nos discussions, à sa haute compétence enfin que nous avons dû des séances si pleines d'intérêt.

Qu'il reçoive donc ici tous nos remerciements pour l'impulsion puissante qu'il a donnée à nos travaux, et prouvons lui notre reconnaissance en marchant plus avant encore dans la voie active qu'il nous a tracée. Retenons aussi la promesse qu'il vient de nous faire de nous continuer sa précieuse collaboration, et souhaitons qu'il ait de nombreux imitateurs.

J'adresse l'expression de notre gratitude bien sincère à M. Porak, notre infatigable Secrétaire général, dont le zèle et le dévouement ne sont plus à louer, à M. Olivier notre Trésorier-Archiviste, qui s'acquitte de ses fonctions à la satisfaction générale, aux Secrétaires de nos séances enfin, MM. Gendron et Touvenaint pour leur précieux concours, et je forme, en terminant, le vœu que l'année 1895 marque une ère nouvelle de prospérité pour la Société obstétricale et gynécologique de Paris.

**M. TISSIER. — Symphyséotomie dans un cas de rétrécissement rachitique du bassin ; thrombus rétro-pubien.** — J'ai l'honneur de vous présenter cette femme rachitique, chez qui j'ai pratiqué, le 5 décembre dernier, une symphyséotomie, dans le service du docteur Bar. Quand elle vint à l'hôpital, l'avant-veille de l'opération, elle nous dit que sur 5 accouchements antérieurs, elle avait perdu 2 enfants au cours du travail, un enfant quelques jours après la naissance ; 2 enfants avaient survécu, nés prématurément, l'un à 8 mois 1/2, l'autre à 8 mois. Pour ce dernier, l'accouchement avait été provoqué par le docteur Porak. Actuellement, elle était enceinte de 8 mois et demi, à se fier à la dernière époque des règles ; plus avancée peut-être, à se rapporter au volume du fœtus. Son aspect était celui d'une rachitique ; son bassin aplati, avec promontoire très saillant, mesurait de 97 à 98 millimètres dans le conjugué diagonal.

Enfant voisin du terme ; diamètre promonto sous-pubien de 8 cent., 3 à 8 cent., 2 ; on pouvait tout de même espérer que la tête, bien que retenue au-dessus du détroit supérieur et débordant légèrement la symphyse, pourrait encore passer sous la

poussée des contractions, si l'on provoquait de suite le travail. En tout cas, aucun risque à tenter l'épreuve.

Aussi, 2 jours après, le 5 décembre, un ballon Tarnier fut placé à 10 heures. Dès 11 heures, les contractions apparaissaient, se poursuivaient toute la journée, dilataient peu à peu le col sans faire progresser le moins du monde la tête, quand, à 5 heures 1/2, à la dilatation quasi-complète, les membranes se rompirent, donnant issue avec du liquide amniotique à un paquet de cordon. La sage-femme fut assez heureuse pour rétropulser les anses prolabées et maintenir la réduction en fixant la tête bien exactement sur l'entrée du détroit supérieur. C'est à ce moment que je fus averti.

Quand j'arrivai, la dilatation était complète, l'utérus étroitement appliqué sur le fœtus, l'enfant vivant, la tête très élevée malgré les contractions énergiques qui se succédaient à brefs intervalles sans aucun bon effet ; l'utérus était vide d'eau, il n'était pas possible, l'eût-on désiré, de recourir à la version.

Je tentai donc d'entraîner l'enfant avec les forceps. Trois applications, où je tâchai de placer mes cuillers du mieux possible, échouèrent ; je pris le parti de sectionner la symphyse.

Opération facile, hors un écoulement de sang relativement abondant qui se produisit dès le début, depuis la section de la peau prépubienne variqueuse, et qui se prolongea, après l'écartement des deux os, par une hémorragie en nappe des tissus rétro-pubiens, hémorragie dont je ne m'occupai pas autrement et qui fut masquée et tarie par un tamponnement iodoformé. Hors cette hémorragie, il n'y eut pas d'incident opératoire notable. La tête fut saisie régulièrement entre les cuillers du forceps, entraînée dans l'excavation pendant que les aides portaient en abduction et en extension les deux fémurs de manière à faire bailler l'espace interpubien d'environ 5 centimètres ; la rotation s'accomplit et le dégagement s'opéra, les pubis étant maintenus rapprochés l'un de l'autre par flexion, adduction des cuisses et pression sur les trochanters.

L'enfant, un instant étonné, fut vite ranimé ; il a été au huitième jour envoyé en nourrice. Tout allait bien jusqu'aux avant dernières nouvelles. Ce matin, j'ai su que ce petit enfant avait malheureusement succombé le 6 janvier, âgé d'un mois, sans que l'opération puisse être assurément incriminée.

Quant à la mère, elle fut délivrée, suturée (suture superficielle, symphyse non comprise), pansée, enveloppée dans un bandage ouaté et caoutchouté pendant 3 jours, ensuite débarrassée de la bande caoutchoutée et placée dans l'appareil de M. Tarnier. L'hémorragie n'avait duré que pendant l'opération ; sitôt après les sutures, elle s'arrêta.

Les suites de couches ont été bonnes en définitive, sauf en un point que je signalerai tout à l'heure. Pourtant, un soir, il y eut 38 degrés. 2: ce fut le maximum et tout à fait passager. Il n'y eut pas à proprement dire incontinence d'urine; seulement, pendant une dizaine de jours, émission involontaire au moment des quintes de toux que présentait assez souvent notre malade, bronchitique ancienne. Au dix-huitième jour, l'opérée quitta son lit et au vingt-cinquième, l'hôpital et la voici maintenant au trente-sixième jour, allant et venant dans la ville depuis dix jours.

*Ce sur quoi je désire attirer votre attention est ceci.*

Les suites de couches ont été bonnes, ai-je dit ; pourtant, aux deuxième et troisième jours, il se développait un *tympanisme* adominal considérable, en très peu de temps, qui dura 48 heures, sans que l'état général fût le moins du monde inquiétant, sans odeur mauve des lochies, sans que la température montât sérieusement, sans frissons, sans nausées, ni vomissements, ni sensibilité marquée de la paroi du ventre, mais avec un peu de douleur sourde dans la profondeur de l'hypogastre. Les anses de l'intestin se dessinaient en grosses saillies sous les téguments soulevés et le météorisme était assez prononcé pour gêner la respiration. Je me demandai à quelle cause l'attribuer, assez intrigué, pas encore tourmenté, en raison de tous les symptômes rassurants.

On a parlé de la facilité avec laquelle l'utérus descendrait après l'accouchement dans le petit bassin, chez les femmes symphyséotomisées et comprimerait le rectum au point d'occasionner une gêne à la circulation des gaz et de déterminer cette pneumatose.

Qu'il y ait tendance à l'abaissement après symphyséotomie, la chose est certaine : le tissu cellulaire est décollé de l'os derrière les pubis sur une étendue de plusieurs centimètres ; les parties molles, intrapelviennes, privées d'une partie de leurs points d'attache sur l'arc antérieur pelvien, glissent avec la vessie et l'utérus ; le cul-de-sac antérieur du péritoine s'affaisse et vient, presque au



contact du bord supérieur des pubis, — ce qui pourrait provoquer certains accidents. Mais le prolapsus n'est jamais tel qu'il détermine une obstruction de l'intestin ; l'utérus est retenu par ses dimensions au-dessus du détroit supérieur qui n'a été que très momentanément agrandi. Au surplus, chez notre femme, l'organe utérin était logé tout entier dans la cavité abdominale, couché sur la colonne lombaire avec son fond au niveau du voisinage de l'ombilic ; et, d'autre part, la circulation gazeuse n'était nullement interrompue. Nous attendîmes sans rien faire ; bien nous en prit. Le cinquième jour tout revenait peu à peu dans l'ordre.

Le 22 décembre, au dix-septième jour, l'appareil de M. Tarnier fut enlevé pour nous permettre d'examiner l'opérée : l'utérus était prolabé avec légère rétroversion ; il y avait chute du vagin, rectocèle et cystocèle. N'oublions pas qu'il s'agit d'une multipare à sa sixième grossesse, avec maints accouchements dystociques ; la symphyséotomie ne peut pas être ici tenue pour responsable.

En outre, la symphyse pubienne restait écartée et mobile ; entre les deux pubis, on pouvait, à la partie inférieure, insinuer le doigt et si l'on ramenait les cuisses en adduction forcée et flexion, le doigt était pincé par les deux os et chassé. En écartant les cuisses au contraire, les deux pubis s'éloignaient de 2 centimètres peut être. Enfin, en examinant debout, (la station était très bien supportée), on pouvait constater une mobilité des deux pubis l'un par rapport à l'autre dans tous les sens : verticalement de haut en bas, d'avant en arrière et de dedans en dehors. Disons de suite qu'aujourd'hui, le trente-sixième jour de l'opération, la mobilité et l'écart sont encore assez marqués, comme vous en pouvez juger. Pourtant la station et la marche sont assez assurées. Notre opérée a repris ses occupations peu pénibles de cartonnrière ; elle se plaint de douleurs de reins quand elle est restée longtemps debout et d'un peu de fatigue à la suite des courses qu'il lui faut faire le matin, dans le quartier, pour l'approvisionnement de son ménage.

Mais ce n'était pas tout : à ce même examen du 22 décembre, dans l'excavation immédiatement derrière le corps des pubis, à 2 ou 3 centimètres de la ligne médiane de chaque côté, juste au-dessus de l'insertion du releveur facile à reconnaître, nous pûmes constater un magma dur, un peu sensible, gros à l'origine

(voisine de la symphyse) comme le petit doigt, allongé horizontalement tout au long de la paroi (derrière le muscle obturateur utérin et la surface quadrilatère), suivant l'insertion supérieure du muscle releveur anal et gagnant ainsi — en grossissant — l'épine sciatique et l'échancrure où il se perd. Cette masse, ayant forme d'une sangsue à grosse extrémité postéro-externe, disposée de l'un et l'autre côté presque symétriquement, ayant une consistance dure et mamelonnée, donne au doigt l'impression d'un caillot sanguin, d'un thrombus sus-pelvien très limité, courant au-dessous du péritoine.

C'est à un *thrombus* en effet que nous avons pensé ; aucune autre disposition anatomique ne pouvant donner pareille sensation. L'évolution de cet exsudat a confirmé cette impression première : 8 jours plus tard, le 30 décembre, le thrombus avait diminué des 3/4 et ce matin, 10 janvier, a totalement disparu.

Ne peut-on pas penser que le sang qui s'écoulait derrière le pubis au cours de l'opération aura été refoulé par l'effet du tamponnement et se sera infiltré en fusant dans le tissu cellulaire lâche qui s'étend sous le péritoine, en suivant le bord supérieur du releveur et en constituant le thrombus que nous avons retrouvé seulement plus tard ? Ce thrombus, impressionnant par voisinage la séreuse péritonéale, n'est-il pas capable d'avoir causé la pneumatose et la douleur sourde de l'hypogastre qui nous avaient préoccupé le deuxième et le troisième jour ? Souvent, en effet, les hématoécèles rétro-vaginales, certaines déchirures sous-séreuses du segment inférieur avec hémorrhagie interstitielle, les thrombus en un mot, s'accompagnent de péritonisme et quelquefois seulement d'un peu de gêne dans le ventre et de météorisme.

Plusieurs faits de pneumatose intestinale ayant été signalés après les symphyséotomies, on peut supposer que souvent un thrombus plus ou moins étendu, ignoré ou reconnu, aura été la cause première de cet accident ordinairement bénin. Les dangers des thrombus ouverts sont connus ; si par hasard, pour quelque raison, le foyer sanguin, communiquant par exemple avec le vagin, vient à s'infecter, on comprend alors la rapidité avec laquelle un phlegmon pourrait se développer et envahir l'articulation et tout le tissu cellulaire du bassin et les risques qui en découleraient.

**Discussion :** M. Ch. FOURNEL. — Un mot à propos seulement d'un des incidents que nous a signalés M. Tissier après l'opération, la pneumatose intestinale.

M. Tissier rejette l'hypothèse étiologique d'un utérus qui se précipite dans le petit bassin et vient comprimer le rectum, il a raison de la rejeter. En effet, j'ai rencontré presque habituellement cette pneumatose intestinale après les assez nombreuses laparotomies que j'ai pratiquées. Elle se produit dans les premiers jours chez des malades qui ont un petit utérus, dont le volume, par conséquent, ne saurait comprimer le rectum. Il s'agit bien probablement de phénomènes de paralysie intestinale passagère ; les malades se sentent comprimées, serrées dans leur bandage.

Comme traitement, elles se trouvent fort bien de l'introduction à 8 ou 10 cent. et même à plus de profondeur dans le rectum d'un tube par lequel elles évacuent abondamment des gaz. Cette évacuation de gaz continue même une fois le tube enlevé et soulage beaucoup ces opérées. En outre, il est utile de purger dès le 4<sup>me</sup> jour, au lieu de laisser sous l'influence de l'opium.

Je crois que la malade de M. Tissier a présenté des phénomènes analogues à ceux de nos laparotomisées.

M. PORAK. — Je retiens dans l'intéressante observation de M. Tissier la relation de l'hémorrhagie qu'il a signalée et qui semble avoir été sérieuse. Je n'insiste pas sur l'hémorrhagie variqueuse à la section de téguments, elle est rarement signalée dans les observations comme une complication grave. Il n'en est pas de même de celle qui survient au moment de l'écartement des pubis.

Le corps caverneux est maintenu très solidement par son albuginée contre la branche descendante du pubis jusqu'au niveau de l'arcuatum où il se détache de l'os pour se réunir à son congénère et constituer le clitoris. L'artère honteuse interne longe l'ischion et, après avoir envoyé la transversale du périnée, les artères de l'urèthre, celles destinées à la lamelle cellulo-graisseuse située en avant de la vessie, elle n'existe pour ainsi dire plus au niveau de l'arcuatum. Lorsqu'on incise le ligament suspenseur du clitoris, on arrive donc facilement et sans écoulement sérieux de sang dans l'espace qui

est limité en haut par l'arcuatum, en bas par les deux racines du clitoris, se dirigeant l'une vers l'autre pour s'unir sur la ligne médiane. En perforant cet espace, il s'écoule souvent très peu de sang et on est disposé à se laisser aller à une fausse sécurité.

Continuant l'opération, on incise le cartilage interpubien, les pubis s'écartent plus ou moins brusquement. Les racines du clitoris maintenus solidement à leur place par leur albuginée ne peuvent pas s'étendre et suivre l'écartement des pubis. Il se produit donc une déchirure qui sera d'autant plus grave, au point de vue de l'hémorrhagie, qu'étant plus excentrique, elle intéresse des vaisseaux plus nombreux et plus volumineux.

C'est pour cela que j'ai insisté dans le mémoire que je vous ai lu, sur la nécessité d'assurer l'hémostase préalable. En détachant les racines du clitoris, en ouvrant leur albuginée et en rasant l'os, on intéresse certainement des vaisseaux, mais on les intéresse en petit nombre et on a tout le temps pour arrêter le sang. Ce n'est que lorsque cette hémostase préalable est assurée qu'on pratique l'incision de la symphyse. Les deux pubis s'écartent, les deux racines du clitoris qui dessinent une surface courbe deviennent rectilignes par l'écartement des pubis et ne se rompent pas ; le redressement de leur courbure et leur élasticité possible lorsque l'albuginée est sectionnée, suffit à l'écartement, sans entraîner leur rupture ; c'est au moins ce que j'ai constaté dans mes observations.

J'insiste donc sur l'avantage de faire une incision courbe, parallèle aux bords des branches descendantes des pubis.

Ce manuel opératoire n'est même pas défectueux, si on se décide à suivre le conseil de M. Farabeuf de jeter des sutures sur les tissus fibreux situés en avant des pubis. En effet, c'est vers le milieu de la symphyse que ces tissus ont leur maximum d'épaisseur et offrent aux fils leur maximum de résistance. Les tendons des muscles pyramidaux et surtout ceux des muscles droits qui donnent aux sutures un point d'appui si solide, s'insèrent sur les pubis et s'entrecroisent au-devant d'eux un peu au-dessous du bord supérieur de ces os.

M. CHARPENTIER. — **Môle hydatique.** — J'ai l'honneur de présenter à la Société de la part de M. le Dr MARULA, de Roanne, une observation de môle hydatique qu'il a recueilli chez une jeune femme primipare.

Les dernières règles terminées le 12 octobre 1894. Le 14, un enfant lui donne un coup dans le ventre et le soir apparaît un léger écoulement vaginal composé exclusivement de glaires.

Le lendemain et les jours suivants apparition de petites pertes de sang, qui se manifestent entre minuit et 2 heures du matin. Pas de caillots, aucune réaction utérine. L'état persiste ainsi sans traitement jusqu'au 27 décembre, et le Dr Marula est appelé.

L'examen fait découvrir un utérus volumineux dépassant de 4 travers de doigts la symphyse pubienne, indolore. Un col allongé presque complètement fermé, à peine ramolli au pourtour de son orifice.

L'auteur dans le diagnostic probable de môle hydatique et vu la persistance des hémorrhagies se décide à intervenir.

Le 28, introduction d'une petite éponge antiseptique, remplacée le soir par une plus grosse.

Le 29, aucune réaction utérine, injection intra-utérine au sublimé 1/1000. Introduction de gaze iodoformée trempée dans une solution créosotée. Le 30, introduction d'une éponge plus volumineuse.

A 5 h. du soir, sans véritables contractions utérines, on constate un commencement d'effacement du col.

A minuit expulsion après des douleurs de plus en plus fortes d'une môle hydatique du volume du poing d'un enfant de 5 ans, uniquement composée de grappes kystiques transparentes avec un enclavement de cordon ombilical au centre de l'œuf.

Quant à l'inertie utérine, qui a frappé l'auteur, elle est de règle dans ces cas.

Ce qu'il y a à noter dans cette opération c'est la marche rapide du développement de la môle, l'apparition très hâtive des pertes et leur persistance.

En somme, la conduite de notre confrère a été des plus logiques et le succès est venu démontrer la justesse de son diagnostic.

M. Lovior présente une **pièce d'œuf abortif isolé au milieu des membranes**. On y sent un fœtus aplati. L'auteur se propose de faire pratiquer des coupes sur cette pièce et d'en donner la relation complète à une prochaine séance.

M. le Dr PAUL PETIT. — **190 cas de petite chirurgie gynécologique pour lésions de l'endométrium.** (Suite et fin.)

6° *Métrite avec périmérite*: 29 cas. — A. — CAS SUBAIGES, RÉCENTS, SANS COLLECTION LIQUIDE. — a. *Cas puerpéraux*. — 6 cas dont 3 à terme et 3 avant terme traités par le curage sans dilatation et qui tous ont bien évolué.

Voici, par exemple, une dame Le M. de Juvisy, accouchée depuis six semaines et qui avait subi, avant que je ne la visse, plusieurs poussées de pelvi-péritonite; je curettai l'utérus et en retirai, au milieu de débris moins importants, un fragment placentaire, dégénéré, ramolli, de la grosseur d'un petit œuf. A la suite de l'opération, la température, qui se maintenait au-dessus de 38°, revint à la normale et l'infiltration diffuse qui existait autour de l'utérus se résorba peu à peu complètement, alors que je m'attendais à la formation d'un abcès tubaire ou autre.

J'attire particulièrement votre attention sur deux faits de métrite puerpérale accompagnée de phlébite et, pour n'être point taxé de témérité, je dirai de suite que, chez l'une de ces malades, la phlébite ne faisait que poindre, tandis que, chez l'autre, elle datait de 2 mois 1/2 à 3 mois. Chez la première, accouchée à terme, les phénomènes de phlébite venaient de se manifester, la température était de 38°,5, les lochies fétides et il y avait rétention de débris placentaires; j'étais autorisé à croire que les thromboses étaient encore en voie de formation et qu'en nettoyant l'utérus je pouvais m'opposer dans une certaine mesure à ce travail, que du moins je préviendrais le développement d'une métrite ou d'une métro-annexite. Chez la seconde, qui croupissait dans le marasme le plus profond, j'étais en droit de penser que l'organisation fibreuse des caillots était chose faite, et que la métrite devait être traitée pour elle-même.

Dans ces deux cas, du reste, je me suis entouré de toutes les précautions possibles: j'ai pris soin de remuer les malades tout d'une pièce, de fléchir à peine les cuisses, et je me suis contenté

de fixer le col de l'utérus avec une pince à griffes sans l'abaisser.

Chez la première malade, la phlébite a continué à évoluer, mais elle a été très modérée et a guéri très vite et très complètement; je ne crois pas que l'on eût pu se dispenser de faire au moins des lavages intra-utérins qui, certainement, à mon avis, eussent offert, par leur répétition même, plus de dangers qu'un seul curettage pratiqué au moment opportun et avec les soins voulus.

Chez la seconde, le curettage a guéri la métrite, a relevé par suite le moral de la malade et, partant, ses forces. De plus, l'œdème et les douleurs ont rapidement disparu, mais je ne saurais dire s'il faut voir là une simple coïncidence ou une relation de cause à effet.

De ces 6 cas de métrite puerpérale avec périmétrite, joints aux 26 autres cas puerpéraux dont j'ai déjà parlé, je tirerai les conclusions suivantes :

Les sages-femmes, actuellement d'un certain âge, qui n'ont pas été formées par les accoucheurs modernes aux pratiques de l'antisepsie, constituent un véritable danger public qui ne disparaîtra qu'avec elles. Dans la très grande majorité des cas, j'ai pu leur attribuer la responsabilité des accidents précités. Quand on est appelé dans un milieu peu aisé on peut, sans grande chance de se tromper, s'adresser pour les renseignements nécessaires, entre toutes les matrones qui encombrent la chambre, à la plus sordide d'entre elles : c'est la femme sage qui a fait l'accouchement. Au lieu des espérances purement illusoires basées sur la dénonciation des malades infectées, peut-être pourrait-on en fonder de plus sérieuses sur une surveillance plus active des sages-femmes et des gardes; au moins, si quelques médecins se résignent à faire leur déclaration, qu'on ne se contente pas de désinfecter les vêtements et l'habitation de la malade, qu'on soit assez logique pour l'isoler complètement aussi bien de ses parents que de ses amis.

Après des résistances assez prolongées, la plupart des accoucheurs français sont actuellement d'accord, je crois, pour repousser la simple pratique des injections intra-utérines, dès que l'infection est constatée. Assurément ces injections rendent quelques services : elles atténuent l'infection avant l'arrivée de l'opérateur, suffisent à provoquer le rejet de membranes; mais

on ne sait jamais, quand on n'a pas fait l'accouchement et malgré les affirmations de la sage-femme, s'il ne reste pas dans l'utérus quelque cotylédon placentaire encore adhérent.

Il y a plus: Avec la curette, un seul accident est à craindre: la perforation de l'utérus. Cet accident est sérieux, il est vrai, mais à un moindre degré cependant, qu'on ne pourrait le croire; en ayant recours à l'instrumentation et à la technique voulue on doit toujours l'éviter; enfin, on peut y remédier immédiatement par un bon drainage ou l'hystérectomie.

Avec la sonde intra-utérine, au contraire, bien que cette assertion paraisse de prime abord paradoxale, des dangers aussi graves, plus nombreux et non plus facilement évitables. Je n'en veux pour preuve que la communication toute récente d'Olshausen et Falk à la Société de médecine de Berlin. C'est ainsi que Falk a pu réunir, jusqu'en 1890, 15 cas de morts consécutives à des injections intra-utérines et qu'il attribue: soit au passage du liquide injecté dans le péritoine, par la trompe, soit au passage du liquide injecté à travers les vaisseaux utérins béants, soit enfin à la propulsion des germes pathogènes dans le péritoine par la trompe.

J'ai eu à intervenir plusieurs fois dans des cas où une injection intra-utérine avait été suivie de frissons: indépendamment des autres explications plausibles de ce phénomène, on comprend que, le liquide injecté ne faisant que glisser sur le putrilage intra-utérin, sans le désinfecter dans sa profondeur, il suffit que la sonde vienne buter contre la paroi pour y ouvrir des portes d'entrée aux germes.

A quelles limites doit-on arrêter l'intervention de la curette? J'estime qu'on ne doit abandonner une malade au traitement médical qu'à la dernière extrémité, parce que, en somme, on a parfois des guérisons inespérées et que, pour peu que l'intervention se fasse rapidement, sans anesthésie si la dépression des forces est marquée, elle ne saurait avancer l'issue fatale. D'autre part, si l'hystérectomie a sa raison d'être quand il y a suppuration péri-utérine (et encore faut-il qu'il s'agisse déjà d'un état subaigu ou chronique, sans quoi l'élythrolomie est préférable) elle ne me semble guère, en toute autre circonstance, pouvoir remplacer avantageusement le curettage: en effet, quand cette dernière opération semble devoir être insuffisante, l'état général



est tel que l'hystérectomie réussirait encore moins, étant donné l'importance du traumatisme qu'elle engendre et les difficultés d'hémostase et d'extraction attenantes à la friabilité des tissus dégénérés et à la béance des vaisseaux subinvolués.

Au point de vue *pronostic*, il faut, plus que pour toute autre infection, attacher la plus grande importance à la résistance générale du sujet et surtout à l'âge de la grossesse. Quand il s'agit d'avortement ovaire, on peut dire que, l'utérus vidé, guérie est la malade et, le plus souvent même, quand il existe un peu d'infiltration péri-utérine. L'absence de toute sensibilité pelvienne, mais surtout l'amaigrissement rapide et le délire sont d'un très fâcheux augure. Le curettage une fois fait, quand tout doit aller bien, l'hyperthermie cède au bout de 48 heures environ s'il s'agit d'un accouchement à terme et souvent plus tôt quand il s'agit d'avortement. S'il en est autrement il faut, suivant les cas, craindre une issue fatale, une suppuration péri-utérine ou une complication extra-génitale : c'est ainsi que j'ai eu affaire, pour ma part, à la grippe, à la stercorémie qui peut fort bien donner l'idée d'une péritonite généralisée. Ainsi ai-je pu observer le syndrome suivant le lendemain d'un accouchement à terme : douleurs diffuses très vives dans les reins et tout le ventre, ballonnement abdominal, vomissements, température au-dessus de 38°, petitesse et fréquence du pouls, cessation brusque de tous ces accidents à la suite d'évacuations alvines très abondantes. M. Sorel, dans la séance du 30 octobre dernier de la Société de chirurgie, a rappelé l'attention sur ces faits d'infection puerpérale d'origine intestinale.

Il ne faut attacher aucune signification à la chute souvent considérable de la température dans les heures qui suivent le curetage, car cette particularité n'est que la conséquence de la déperdition sanguine.

Quant à la technique, nous croyons qu'il est important de se passer de l'anesthésie, dans les cas graves, quand on le peut, et d'opérer très vite pour diminuer la perte de sang, surtout quand il s'agit d'utérus de 15 cm. et plus : il faut donc se servir de curettes et d'écouvillons de très fort calibre. C'est le seul cas où la curette non tranchante ait sa raison d'être ; nous donnons la préférence M. Bonnet et moi, à une curette à boucle de très grand modèle. Pour les injections qui précèdent et suivent le

curettage puerpéral, je me suis presque toujours servi et avec grand avantage du sulfate de cuivre à 10/1000 recommandé par M. Charpentier ; jamais je n'ai constaté comme M. Tarnier, d'accidents d'intoxication. Je me suis également bien trouvé de l'écouvillonnage à la glycérine créosotée, conseillé par Doléris et du tamponnement lâche à la gaze iodoformée.

b. *Méto-annexite avec péri-méto-annexite subaiguë d'origine blennorrhagique.* — 1<sup>er</sup> cas (lésions unilatérales). — La maladie a continué à évoluer dans son ensemble, après un curage sans dilatation. La malade nous a semblé bien guérie au bout de quatre mois, mais il est probable que cette guérison a été surtout due aux soins médicaux doublés de pansements utéro-vaginaux.

2<sup>e</sup> cas. — *Dilatation sans curage* : type de guérison avortée par suite de fautes hygiéniques et, en particulier, la reprise prématurée des rapports conjugaux.

Mme H., domestique au Grand-Hôtel. — Vulvo-vaginite intense accompagnée d'abcès de la glande vulvo-vaginale.

Incision simple de cet abcès, suivie de lavage au sublimé, de badigeonnage au nitrate d'argent et de bourrage à la gaze iodoformée. Dès le lendemain, malgré tous nos soins pour éviter la propagation au col qui évidemment était déjà chose faite, transformation de l'écoulement glaireux du col en écoulement muco-purulent. Enfin, 6 jours après, apparition, du côté gauche, d'une tuméfaction empâtée, arrondie, juxta-utérine, s'accompagnant d'irradiations douloureuses dans tout le bas-ventre et d'une T. oscillant entre 37,7 et 38,7, pendant quelques jours. Au bout de cinq jours, elle avait atteint le volume d'une orange, était rénitente, très douloureuse et bombait dans le cul-de-sac vaginal. Cinq jours après, le 12 mai 1892, les symptômes paraissant suffisamment amendés, je commence la dilatation (2 jours de laminaire et 5 jours d'éponge). Ecoulement muco-sanguin très abondant. Au bout de deux jours la tumeur semble réduite de moitié. A la suite de la dilatation, elle diminue de jour en jour.

Le 25 mai, on est obligé, pour trouver les annexes malades de faire un palper combiné assez profond. Toujours de l'écoulement muco-purulent par le col. On reprend la dilatation pendant 3 jours, puis les règles surviennent sans douleurs.

Le 9 juin, plus de douleurs spontanées ; les annexes gauches sont à peine sensibles au toucher. La trompe s'est dégagée de sa gangue inflammatoire sous forme d'un cordon induré de la grosseur d'un porte-plume. Toujours du catarrhe qui résiste aux pansements intra-utérins.

Le 22, disparition du catarrhe. — Le 24, au moment de la venue des règles, à la suite de grandes fatigues à la reprise prématurée et excessive du coït, poussée nouvelle, mais atténuée du côté gauche.

Depuis j'avais perdu de vue la malade, quand elle est revenue me voir un an après, le 23 mai 1893, se plaignant toujours de son flanc gauche ; je trouvai les annexes augmentées de volume, adhérentes, indurées et proposai leur ablation, qui ne fut pas acceptée. Etant donné la marche des accidents, je suis convaincu que, dans ce cas, la guérison a été entravée par un défaut de soins : le mari était un brutal qui ne cessait de réclamer la reprise de ses droits.

Les faits de ce genre sont fréquents et font peu d'honneur à notre sexe. Ils ne constituent heureusement pas la règle absolue. Témoins les deux cas suivants, moins graves il est vrai, tant au point de vue de la virulence de l'infection que de l'extension des lésions périmétriques, mais dans lesquels le succès complet du traitement a été certainement beaucoup favorisé par l'exacte observance de ces deux conditions : repos prolongé de la femme dans la position horizontale et abstinence non moins prolongée du mari. Il est vrai que, dans ces deux cas, les maris étaient les coupables, qu'ils en avaient quelque remords et... qu'ils tenaient à se bien soigner eux-mêmes.

3<sup>e</sup> Cas. — Mme C., rue Monsieur-le-Prince, opérée il y a 18 mois par laparotomie d'une grossesse tubaire. Blennorrhagie constatée il y avait une quinzaine de jours environ, quand je la vis le 4 novembre 1893. Vulvo-vaginite, uréthrite, catarrhe utérin jaune verdâtre, épais, profluent. Les annexes du côté gauche font saillie dans le vagin ; elles sont augmentées de volume, empâtées, très sensibles à la pression, du volume d'une grosse mandarine. On ne peut dissocier l'ovaire de la trompe. Pendant 3 jours, lavages au sublimé et tamponnements vaginaux à la glycérine ichthyolée à 1/30 ; j'insiste en passant sur l'action décongestive de ce topique qui me paraît bien supérieure à celle de la glycérine iodoformée ou autre par la raison qu'une action révulsive légère se joint au phénomène de dialyse : mais il ne faut pas l'employer à un titre supérieur au 1/20<sup>e</sup>, et encore ne doit-on pas en prolonger l'action sous peine d'une desquamation trop active du vagin). Les quatre jours qui suivent, j'y joins des pansements intra-cervicaux et intra-urétraux à l'ichtyol, au nitrate d'argent, à la créosote, sous forme de badigeonnage et de crayons. Puis, l'orage semblant calmé, je dilate l'utérus durant trois jours et je procède au curettage.

Disparition complète des douleurs péri-utérines, mais réapparition, comme à l'habitude, d'un certain degré de catarrhe dont je ne me rends maître qu'après un mois de traitement. Entre temps j'observai la régression rapide de l'annexite.

J'ai revu cette malade à deux reprises à la fin du mois de juillet dernier, et le mois dernier, c'est-à-dire au bout de 9 mois et de 14 mois ; elle était en parfait état, tant au point de vue général que local. Il était impossible de se douter à l'examen qu'il eût existé une affection des annexes et les règles étaient absolument régulières et indolores. Le mari de son côté, s'était aussi guéri et avait pu reprendre les rapports conjugaux sans réinoculer sa femme, ce qui est le grand danger dans les cas de ce genre. Il y a un mois, malheureusement, son écoulement a récidivé, mais je me suis assuré, après un examen minutieux, que sa femme n'y était pour rien.

4<sup>e</sup> Cas. — Mme J., Bois-Colombe — certainement inoculée par son mari, qui a, d'après le médecin traitant, une gonorrhée manifeste. Catarrhe mucro-purulent de l'utérus avec éversion des lèvres du col, d'ancienne date. Annexes du côté gauche prolabées, augmentées de volume, très sensibles à la pression et facilement mobilisables ; il s'agit, en somme, de salpingite catarrhale avec péri-annexite peu accentuée.

Après 6 jours de dilatation accompagnée de tamponnements vaginaux à la glycérine ichtyolée, je fais, le 4 juillet 1853, le curage et la résection du col. Les règles, qui étaient précédemment très douloureuses, sont redevenues, dès la première époque, absolument normales ; le catarrhe utérin a cédé de suite, comme il est d'habitude après la résection de Schröder. Un mois après, les annexes malades n'étaient plus accessibles au toucher et un palper combiné, profond, du flanc était absolument indolore.

Au bout d'un an et plus, la guérison s'est absolument maintenue.

B. — CAS CHRONIQUES. — a) *Ovaro-salpingite chronique sans dilatation kystique avec prédominance des lésions annexielles sur les adhérences.* — 6 Cas : Deux cas de guérison, au moins symptomatique, confirmée à plusieurs années de distance ; mais, dans l'un l'évacuation spontanée d'une poche probablement tubaire, peu de temps avant la dilatation et le curage, est certainement pour beaucoup dans les suites très heureuses de l'intervention ; dans l'autre, le bénéfice du curage et de la dilatation est des plus problématiques :

1<sup>er</sup> Cas. — Madame M., 22 ans, maraîchère à Montlhéry, souffre du ventre depuis une couche datant de deux ans et demi. Je vois la malade pour la première fois en juin 1890 et constate, à cette époque, de la métrite chronique et une tuméfaction juxta-utérine du volume d'une orange, dépendant de la trompe ou de l'ovaire gauche. Deux mois après, le 1<sup>er</sup> août 1890, la tuméfaction gauche

a disparu, mais l'on perçoit très nettement la trompe de ce côté sous la forme d'un cordon moniliforme de consistance ferme. Hystérométrie, 8 cm. 1/2. Leucorrhée très abondante. Légère éversion de la lèvre postérieure. Après 2 jours de dilatation, le 7 août, curage et écouvillonnage.

La muqueuse extraite est épaisse de 7 à 8 mm. Le 10 octobre de la même année, c'est-à-dire, deux mois après, les douleurs et les pertes avaient disparu et la malade avait repris ses occupations. Je n'ai malheureusement pu la réexaminer. Mais depuis j'ai eu plusieurs fois de ses nouvelles par son médecin et je puis au moins affirmer la guérison symptomatique.

2<sup>e</sup> CAS. — Madame C., 5, rue de Vaugirard, 25 ans, stérile et un peu obèse. A commencé à souffrir du ventre dès le début de son mariage. En traitement depuis de longs mois entre des mains diverses. Me fait appeler, pour la 1<sup>re</sup> fois, le 29 mai 1889, pour une poussée subaiguë de pelvi-péritonite. Un peu de fièvre, nausées, douleurs très vives irradiées dans tout le bas-ventre ; dans le Douglas, tuméfaction diffuse paraissant englober les annexes des deux côtés. Corps utérin en rétroversion. Traitement médical (injections chaudes, vésicatoire, laxatifs, etc.) jusqu'au 18 juin. A cette époque, on distingue nettement de chaque côté du Douglas les ovaires augmentés de volume, très sensibles au toucher. Après dilatation progressive, curetage, le 29 juin. Au bout de 6 jours de sédation complète, reprise des douleurs pelviennes sous forme de crises qui ont lieu surtout la nuit : les douleurs occupent les deux flancs et irradient suivant le trajet de cruraux. Injections chaudes et séances quotidiennes de faradisation. Le 13 juillet, la malade ne souffre plus que du côté droit ; ovaire gauche très loin sous le doigt ; moitié droite du cul-de-sac de Douglas occupée par une tuméfaction rénitente, très douloureuse au toucher. Le 19, disparition des douleurs, la tuméfaction droite est devenue mobile, elle se laisse repousser à une assez grande hauteur dans le bassin, sans provoquer de douleurs, et paraît uniquement constituée par un ovaire doublé de volume, mais de consistance souple, non bosselé. 20 juillet. Réapparition momentanée des douleurs dans le flanc et la cuisse gauche. — 24 juillet. Disparition absolue des douleurs. On perçoit toujours les annexes droites en prolapsus. — 13 août. Les règles ont duré 3 jours sans douleurs. La guérison symptomatique se maintient, à condition de veiller de près à la constipation. On perçoit toujours la même tumeur de même forme, de même consistance dans le Douglas ; elle n'est plus douloureuse au toucher. Je revois la malade deux ans après ; la guérison symptomatique s'est maintenue ; rétroversion sinon mobile, au moins mobilisable de l'utérus ; je ne puis percevoir les annexes.

Deux cas d'amélioration sensible après dilatation et curetage ou dilatation simple, dans lesquels je relève principalement :

la diminution de volume de la tuméfaction portant évidemment surtout sur la périannexite, car les annexes se laissent analyser beaucoup mieux ; le dégagement des annexes adhérentes et prolabées et leur retour plus ou moins complet à leur situation normale, phénomènes évidemment dus à la même particularité ; la disparition à peu près absolue des douleurs spontanées et provoquées.

Mais, dans la suite, ces résultats ne se sont maintenus qu'incomplètement : c'est ainsi que les tuméfactions annexielles, en particulier sous l'influence des règles, se sont rapprochées plus ou moins vite de leur volume primitif. En même temps les malades se sont plaintes à nouveau de quelques douleurs, mais beaucoup moins vives et moins durables, en somme très supportables ; ce qui nous a semblé le plus persistant dans ces deux cas c'est la disparition de la douleur provoquée.

Mais je ne les ai pas suivis assez longtemps pour pouvoir en tirer des conclusions fermes. Peut-être aurais-je pu observer des résultats meilleurs avec le temps aidé de soins hygiéniques et de reprises de la dilatation. Mais ces reprises ne sont guère du goût des malades :

1<sup>er</sup> Cas. — Madame D., 41, rue Sainte-Anne, 29 ans, mariée à 21 ans, Depuis 7 ans, à la suite de pertes, rapports impossibles par périodes variables. Douleurs dans le flanc gauche, douleurs de miction. Règles peu abondantes. Leucorrhée légère. Ovaire gauche prolabé dans le Douglas, et adhérent à l'isthme, très douloureux au toucher. Ovaire droit prolabé, mais semblant être moins adhérent et présentant des caractères normaux. Après columinisation du vagin du 11 au 13 mars, dilatation avec laminaires et éponges durant 7 jours. Le 21, curettage. Le 28, annexes dégagées, à peine sensibles. L'utérus lui-même n'est plus douloureux à la pression. Pas de pertes blanches. Le 6 avril réapparition légère des douleurs et de la leucorrhée. Du 6 au 14 avril, pansements vagino-utérins et amélioration progressive. Le 11 mai, à la suite d'une longue promenade, douleurs assez vives. — Le 22 mai, excellent état. — 9 juin. Dit avoir souffert 2 ou 3 nuits dans le flanc droit, depuis sa dernière visite. La leucorrhée a définitivement cessé. Excellent état local.

2<sup>me</sup> Cas. — Mme de B., rue des Boulangers, 44, 27 ans.

Il y a 7 ans, pelvi-péritonite à la suite d'une fausse couche, Depuis, deux accouchements à terme. Plusieurs crises de coliques hépatiques. — Reprise aiguë de douleurs pelviennes peu

avant les dernières règles, qui ont duré 10 jours et ont pris fin il y a 7 jours — 17 février : Tumeur grosse comme une petite mandarine, très sensible, absolument accolée à l'utérus du côté droit, rénitente, dépendant manifestement des annexes. Utérus en antéversion exagérée, col gros, livide, œdémateux. laissant écouler une grande quantité de muco-pus jaunâtre. — 5 jours de tamponnement vaginal à la glycérine iodoformée, 4 jours de dilatation intrautérine, puis curettage et écouvillonnage. En ces quelques jours de traitement, la tumeur annexielle a certainement diminué des deux tiers. Malade perdue de vue par la suite.

Enfin, deux insuccès : l'un dû à des poussées nouvelles d'annexite (j'ai perdu la malade de vue après avoir suivi chez elle, durant 7 mois, des alternatives d'amélioration et de rechute) ; l'autre, très intéressant en ce sens que la laparotomie a permis de voir que la péri-méto-annexite s'était complètement résorbée et qu'il ne persistait, comme cause des douleurs, qu'un micro-kyste de l'ovaire.

1<sup>er</sup> CAS. — Madame L., 15, rue de Cotte, malade depuis environ un an, à la suite d'un accouchement qui a engendré de la fièvre et des phénomènes pelvipéritonitiques. 27 avril 1890: Douleurs dans les reins et les flancs, dysurie, leucorrhée, constipation opiniâtre; large plaque catarrhale sur le museau de tanche; utérus en antéflexion, douleurs très vives au palper combiné des flancs. A droite, sensation d'une tuméfaction molle et allongée, qui paraît être une trompe enflammée. Le 4 mai, curettage et résection du col. 8 jours de sédation complète. Puis, poussée nouvelle de périmétrite jusque vers le 4 juin. Amélioration progressive, y compris pendant la période des règles, jusqu'au 8 septembre. Enfin, reprise des douleurs quelques jours après les règles, au mois de septembre et au mois de novembre. Perdue de vue par la suite.

2<sup>e</sup> CAS. — Mme L., 36 ans, confectionneuse, boulevard Diderot. 78. 5 grossesses. Malade depuis une fausse couche, en mai 88. Depuis, ne cesse de souffrir du ventre, surtout pendant la période des règles, obligée de s'aliter 8 jours avant l'apparition du sang. Dans le dernier mois, deux pertes assez abondantes à 15 jours d'intervalle. Orifice utérin largement ouvert. Antéflexion. Empâtement douloureux des deux culs-de-sac, surtout à droite. Le 10 novembre 1890, curettage et écouvillonnage. Le 9 décembre, règles durant 5 jours seulement et beaucoup moins douloureuses qu'auparavant. Mais, par la suite, les douleurs ayant reparu et ayant résisté à des traitements variés, bien que les annexes parussent à peu près revenues à l'état normal, la malade a demandé à entrer à l'hôpital. Elle a été laparotomisée en ma présence par M. Terrillon. Ses annexes étaient absolument libres dans le petit bassin et il

n'existait pour toute lésion qu'un petit kyste d'un corps jaune. Guérison complète par la suite.

b. *Brides inflammatoires péri-méto-annexielles.* — Nous comprenons sous cette dénomination les cas dans lesquels les fausses membranes péritonéales et les indurations ligamentaires prédominent, ensemble ou isolément, sous forme de brides plus ou moins résistantes, les annexes étant peu atteintes ou en voie d'atrophie scléreuse, négligeables, par suite, au point de vue morbide. Ici, le curage a plus rarement sa raison d'être, l'utérus étant le plus souvent en accord pathologique avec les annexes.

6 cas : 3 cas de guérison dont l'un a offert cette particularité curieuse, à savoir que la dilatation progressive est venue compléter les effets de l'ablation des annexes.

1<sup>er</sup> CAS. — Mlle P., 26 ans, 36, rue Quincampoix. l'ausse couche il y a quatre ans. Depuis, douleurs au moment des règles, leucorrhée. Il y a deux mois, à la suite des règles, douleurs vives dans le ventre avec vomissements. 1<sup>er</sup> mars 1893 : Utérus de nullipare. Flanc droit assez douloureux sans tuméfaction annexielle sensible au doigt. De la corne utérine part une bride résistante qui suit le ligament large pour se porter sur la paroi pelvienne. Durant 7 jours, dilatation progressive avec laminaires, éponges et drain à la gaze glycerinée. Guérison complète et soutenue. Très bonnes nouvelles au bout de plusieurs mois et tout dernièrement (c'est-à-dire au bout de 22 mois).

2<sup>e</sup> CAS. — Mme L., 14, rue Molière, 32 ans. Une fausse couche et deux accouchements à terme. Paraît avoir eu, d'après les anamnétiques, une poussée d'hématocèle intrapéritonéale, au moment des règles, il y a quatre ans. Depuis, métrorrhagies abondantes, durant 10 à 12 jours et séparées par de courts intervalles de repos. Souffrances continuelles dans le bas-ventre, les reins et les cuisses, s'opposant à la marche. Dilatation de l'estomac avec constipation. — 17 Février 1892 : Rétroflexion de l'utérus qui semble fixé contre le sacrum ; on arrive cependant à amener le fond de l'organe à peu près au contact de la paroi abdominale, mais au prix d'assez vives douleurs. Annexes droites en situation rétro-latérales et adhérentes. Du 22 au 26 février, dilatation progressive assez difficilement supportée et combinée au redressement mécanique avec la sonde de Doléris. Le 26 février, curage ; on se rend compte sous le chloroforme que la flexion a complètement cédé et que la paroi utérine, qui était dure comme du bois s'est sensiblement assouplie ; que, de plus, on ne trouve pas sous le doigt de brides péritonéales, mais seulement une rétraction avec induration des ligaments utéro-sacrés. On ne perçoit plus aussi



facilement les annexes du côté droit qui semblent être décollées et remontées dans le ventre. Du 27 au 1<sup>er</sup> mars, la malade est tenue en observation. Encouragé par la disparition complète des douleurs et le maintien du redressement de l'utérus, grâce à un simple tamponnement vaginal, je fais, le 1<sup>er</sup> mars, l'Alexander et la colpopérinéorrhaphie. A la suite de cette intervention, l'utérus s'est maintenu en position moyenne et la malade s'est mise à marcher comme jamais elle n'avait pu le faire depuis de nombreuses années.

Plusieurs mois après nous avons encore de très bonnes nouvelles de M<sup>me</sup> L., à part de petites douleurs de temps à autre, certainement négligeables à côté de celles qu'elle endurait auparavant.

3<sup>e</sup> CAS. — M<sup>me</sup> A., de Juvisy, 20 ans, mariée à 19 ans. Un mois après, au moment des règles, obligée de s'aliter pendant 14 jours avec des douleurs vives dans le petit bassin et de la fièvre. Blenorrhagie probable. Depuis, leucorrhée abondante et continue. A continué à souffrir des flancs, surtout pendant les règles. Est devenue très nerveuse. 3 juillet 1889 : je constate : utérus en rétroversion, annexes prolabées, très sensibles à la pression, adhérentes à droite au cul-de-sac correspondant. Je suis cette malade avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, pendant 20 mois. Comme elle n'est guère disposée qu'à une intervention radicale, que son état général est superbe, qu'elle est très jeune, que les douleurs ne sont vraiment vives qu'au moment des règles, que je n'assiste entre temps qu'à une seule poussée subaiguë, que la malade peut se reposer... je temporise tant que je puis.

Sur ces entrefaites, M<sup>me</sup> A., estimant que je tardai trop à la soulager, entre à Lariboisière dans le service chirurgical de M. P.. Mais celui-ci, frappé sans doute, comme moi, de la vigueur et des bonnes apparences de cette jeune femme, l'engage également à patienter. Elle me revient donc, et comme ses souffrances ne s'amendaient pas, que son état mental commençait à s'en ressentir je pensai avoir assez attendu et, le 1<sup>er</sup> mars 1890, je lui fis une double ovaro-salpingectomie. L'ovaire et la trompe du côté droit étaient intimement cimentés au petit bassin, immédiatement en dehors du Douglas. L'ovaire et la trompe de gauche étaient unis de telle sorte à la face postérieure du ligament large que je ne pus extraire l'ovaire que par morceaux. Les annexes, dans leur ensemble, ne paraissaient du reste que modérément altérées. L'utérus s'était redressé comme un ressort immédiatement après leur extirpation. Mais il était demeuré antéfléchi. Or, quand la malade fut relevée de son opération, les règles, ayant reparu, je constatai que s'il n'était plus question des douleurs intermenstruelles, la dysménorrhée était demeurée à peu près telle qu'elle était auparavant. Etant donné l'état d'antéflexion de l'utérus, j'eus l'idée, avant de l'enlever de le soumettre à la dilatation progressive et les deux

périodes suivantes furent excellentes. J'espère que ce résultat s'est maintenu en tout ou en partie.

Mon éminent confrère, M. Sébilleau, m'a dernièrement relaté un fait du même genre. Il s'agit d'une femme qui avait subi l'ovario-salpingectomie double entre les mains d'un maître, M. Terrillon. Or, à la suite de cette opération, elle n'avait été nullement soulagée et gardait le lit depuis plus d'un an. M. Sébilleau trouvant l'utérus encore adhérent, eut l'idée de soumettre la malade à la dilatation et de ce seul fait la guérit de ses douleurs et lui permit de marcher.

Je compte deux cas dans lesquels je n'ai obtenu que des résultats incomplets ou nuls sur la périmérite, probablement pour m'être borné au curage qui n'a eu d'action que sur la métrite.

Un cas dans lequel j'ai dû faire suivre la dilatation de la laparotomie qui a donné la raison de l'insuccès : je n'ai en effet trouvé d'adhérences qu'au pourtour même des annexes atrophiées et hors de la sphère d'action des agents dilateurs :

M<sup>me</sup> de G., Brétigny, s'est présentée à moi, pour la première fois, en juillet 1888. Elle souffrait du bas-ventre et surtout des flancs depuis très longtemps et pouvait à peine marcher. Je trouvai de la métrite chronique parenchymateuse ; de plus, l'ovaire gauche me parut prolabé, induré et adhérent au cul-de-sac. Je ne pus arriver sur les annexes gauches. N'étant pas au courant à cette époque des avantages de la dilatation, je me contentai de faire le curage et la résection du col. Je perdis de vue la malade pendant un an, puis je la revis le 17 juillet 1889 : l'état local me parut meilleur ; hystérométrie 6 1/2, pas d'écoulements pathologiques. Les annexes droites semblaient à peu près remontées à leur niveau normal, les culs-de-sac plus dégagés, bien que manquant de souplesse. Cependant, les douleurs pelviennes ne s'étaient nullement amendées, même passagèrement.

Electrolyse négative de 30 à 50 m. a., de 5 min. environ et à peu près 2 fois par semaine du 17 au 31 juillet. A cette époque sédation marquée des douleurs pelviennes, mais apparition d'une coccydinie très pénible. Pendant les mois d'août et de septembre, continuation, à intervalles plus ou moins espacés, du traitement électrique (électrolyse intra-utérine et faradisation lombo-coxygienne) qui calme pour un jour ou deux les douleurs ; réulsion répétée avec le chlorure de méthyle. Entre temps poussée subaiguë d'annexite, plus prononcée à gauche. Accalmie très notable le 25 sept. Reprise des douleurs le 6 nov., sans que l'examen physique en donne la cause. Le 16 décembre, la malade est de nouveau renvoyée à ses occupations à la suite d'une nouvelle série d'électrifications. Le 28 janvier 1890, nouvelle poussée subaiguë. 16 mai 1890 :

n'a plus que quelques douleurs vagues dans le bas-ventre ; rien d'anormal à l'examen des annexes, sauf que l'ovaire gauche, en prolapsus antéro-latéral, ne paraît pas plus gros qu'une bille. Deux mois après, la malade entre dans le service de la Salpêtrière. On se borne à faire de la dilatation progressive. Le 10 novembre la malade me revient avec une troisième poussée de péri-méto-annexite, plus prononcée encore que les précédentes.

Le 3 août de l'année suivante je la revois dans un état analogue, et ce n'est que le 3 février 1892 qu'elle se décide à entrer à ma clinique, où je lui enlevai les annexes. Elles présentaient un type d'ovaro-salpingite chronique atrophique avec péri-annexite plastique, localisée au pourtour des annexes, ce qui explique peut-être l'échec absolu de la dilatation. Depuis, cette femme, qui a passé par de si longues années de souffrance, n'a cessé de se bien porter. La moralité à tirer de son histoire c'est que l'électricité, dans les cas de ce genre, ne semble donner qu'une sédation temporaire et qu'il n'y aurait eu qu'avantage à employer plus tôt des moyens plus actifs.

c). *Paramétrite chronique juxta-utérine*. — Chez une malade à qui je pratiquai le curage et la résection de Schröder pour une métrite parenchymateuse et qui présentait en outre un noyau de paramétrite latéro-utérine, il m'a paru que mon opération n'avait eu aucune influence sur cette dernière lésion. — J'ai fait la même observation sur une autre malade traitée de la même façon par un autre chirurgien.

d). *Ovaro-salpingite chronique kystique*. — 5 cas. — Dans quatre de ces cas, dont deux traités en pleine chronicité et deux à la suite de poussées subaiguës, je n'ai obtenu que des diminutions de volume temporaires et une quasi-guérison symptomatique probablement due au décollement partiel des adhérences. Le 5<sup>me</sup> cas est un insuccès après amélioration pleine d'espérances : j'ai fait suivre la dilatation de la laparotomie de préférence à l'hystérectomie parce qu'il n'existait que des lésions unilatérales et j'ai enlevé une trompe kystique, très adhérente au rectum, remplie de caillots, et qui semblait répondre à un avortement intra-tubaire de vieille date.

1<sup>er</sup> Cas. — Madame D., 23 ans, 120, avenue Parmentier. Mariée à 21 ans. Un enfant à terme, à 8 mois 1/2. Depuis souffre du flanc droit. — Le 20 janv. 1894 : utérus en latéversion droite. Au dessus du pli de l'aîne droit, tuméfaction rénitente en forme de bou-

din, bosselée, à paroi mince, faisant corps avec la paroi abdominale. A partir du 26 janvier, 6 jours de dilatation avec lamineires et éponges. Le 4<sup>me</sup> jour, on constate que la trompe s'est complètement libérée de la paroi abdominale, sans avoir sensiblement changé de volume. — 10 mars. La malade vient d'avoir ses règles avec des douleurs assez vives, irradiées dans tout le bas-ventre. A droite et latéralement, dans la profondeur du bassin, tuméfaction globuleuse, arrondie, très douloureuse. — 2 mai. La malade vient d'avoir ses règles, trois jours seulement, sans aucune douleur. Les rapprochements sont également devenus possibles, le mari, malgré ma recommandation, n'ayant pas consenti à s'abstenir. Les signes physiques ne se sont guère modifiés. J'ai revu cette malade après deux autres périodes menstruelles ; elle avaient été assez bonnes pour qu'on me refusât une intervention radicale qui me semblait justifiée par l'état stationnaire des lésions.

2<sup>me</sup> CAS. — Madame M., rue Tournefort, 31, 30 ans. — Mariée à 23 ans. — Trois ans après, syndrome de la métrite, puis les règles deviennent très douloureuses et la malade garde, dans l'intervalle des époques, des douleurs dans les flancs. — 4 septembre 1893. Col de nullipare avec éversion muqueuse — utérus scléreux, dévié en latéroversion gauche. — Dans le flanc droit, tumeur globuleuse, de la grosseur d'une mandarine, rénitente, faisant saillie dans le cul-de-sac de Douglas et adhérente en ce point, modérément sensible au toucher. Injections et lavages chauds, vésicatoires, bains tièdes salés. — Repos. — 28 septembre 1893. La tumeur, perçue dans le cul-de-sac gauche, a presque entièrement disparu. En ses lieu et place on sent actuellement très nettement l'ovaire, et dans son voisinage immédiat, une zone un peu sensible au toucher, probablement occupée par la trompe. L'utérus s'est déplacé dans le plan médian en rétroversion légère.

22 octobre 1893. La malade vient d'avoir ses règles. Elle n'a souffert qu'un seul jour. — Etat actuel idem. — 30 novembre. Reprise des douleurs et réapparition, dans le cul-de-sac droit, d'une tumeur liquide de la grosseur d'une mandarine. — 25 décembre. Curage après dilatation progressive. — 9 mars. La malade a été sensiblement améliorée pendant deux mois, souffrant cependant toujours un peu du flanc au moment des règles. — Actuellement la tuméfaction droite est sensiblement réduite, mais il existe une poussée subaiguë de salpingo-ovarite de l'autre côté, à gauche. — 28 avril. Les règles du mois de mars se sont bien passées. Mais, ce mois-ci, la malade a souffert durant les 4 ou 5 jours qui les ont précédées. On sent toujours les annexes droites accolées à l'utérus, mais beaucoup moins douloureuses à la pression.

3<sup>e</sup> CAS. — Madame J., 20 ans, monteuse en chaussures. Depuis l'établissement de la puberté (à 12 ans), a toujours souffert au

moment des règles et perdu en blanc. Premiers rapports, il y a 18 mois; augmentation des douleurs; accouchée il y a deux mois; n'a cessé de souffrir pendant sa grossesse. Suites de couches fébriles pendant 9 jours. Depuis, les douleurs pelviennes ont empiré de jour en jour. Le 5 novembre, je constate une poussée aiguë de métrite-annexite: écoulement muco-purulent abondant. Sensibilité excessive au palper. Tumeur accessible par le cul-de-sac gauche, globuleuse et rénitente. Autre tumeur, sous forme de boudin, contournant l'isthme de droite à gauche. Vésicatoire, injections chaudes, repos au lit jusqu'au 13 novembre. A cette époque, l'orage paraît calmé et je dilate l'utérus pendant 7 jours (laminaires, éponges, drains à la gaze glycinée). Le 25 novembre, la malade ne souffrait plus, mais l'état local ne s'était pas sensiblement modifié au point de vue du volume des tumeurs.

4<sup>e</sup> Cas. — Mme M., 81, rue des Carbonnets (Bois-Colombes), 4 grossesses à terme. A la suite de la dernière, il y a 13 ans, pelvi-péritonite. Il y a deux ans, nouvelle poussée. Depuis, ménorrhagies graves; douleurs vives dans le bas-ventre, les aines et les cuisses. Je vis la malade pour la première fois, le 13 mai, à l'occasion d'une métrorrhagie très abondante. Je ne constatai pas, à cette époque, de tuméfaction appréciable du côté des annexes. En juin, à la suite d'une poussée aiguë d'annexite, survenue au moment des règles, je constate deux tuméfactions grosses comme la moitié du poing, accolées à l'utérus. Dilatation avec laminaires, éponges, puis drainage à la gaze glycinée, le tout pendant un septénaire. Puis curage, suivi de drainage à la gaze. A ce moment, le 11 juin, les douleurs avaient complètement disparu, mais les tumeurs n'avaient pas sensiblement diminué. Le 15 juin, on n'atteignait plus la tumeur gauche par le palper abdominal et la tumeur droite avait considérablement diminué. Mais la malade s'étant beaucoup fatiguée au sortir de ma clinique, fut reprise d'une poussée aiguë. Dans ce cas j'ai eu de fortes raisons de croire qu'il s'agissait de périmétrie-annexite blennorrhagique entée sur de vieilles lésions puerpérales.

5<sup>e</sup> Cas. — Mme F., 33, avenue Philippe-Auguste. Régliée à 15 ans. Trois mois environ avant l'établissement de la puberté, pertes blanches accompagnées à 2 ou 3 reprises, pendant une journée, de coliques très vives pendant lesquelles la malade se roulait à terre. De tout temps les règles ont été très douloureuses; les douleurs commençaient plusieurs jours avant et duraient pendant toute la période menstruelle. Mariée depuis 9 mois. De la puberté au mariage, les pertes blanches n'avaient pas cessé: pas de modifications depuis. Les règles duraient 4 à 8 jours avant le mariage. Depuis elles ont plutôt diminué. Depuis 6 mois, douleurs

dans le côté gauche qui ont suivi la marche suivante : elles ont débuté avec les règles, et ont continué durant la majeure partie du mois suivant. Arrêt de 3 à 4 jours, reprise avec les règles, suivie d'une sédation complète pendant six semaines à 2 mois. Depuis, quelques souffrances à l'occasion de fatigues. Le 20 octobre dernier, au moment de l'époque, reprise de douleurs, souffre depuis.

9 novembre. — A l'examen : annexes du côté gauche, de consistance ferme, augmentées de volume, adhérentes au bord latéral gauche de l'utérus et faisant saillie dans le vagin. On ne peut distinguer l'ovaire de la trompe. Rien à droite. Rien par ailleurs.

Dilatation durant 5 jours (laminaires et éponges).

2 novembre 1894. — Les règles qui surviennent après le dernier pansement, alors qu'il est encore en place, avec quelques légers maux seulement le premier jour, ont duré 6 jours, c'est-à-dire jusqu'à hier. Actuellement, nulle douleur, marche facile, excellent état. A l'examen, la saillie des annexes a certainement diminué de moitié, est encore accessible, mais à peine sensible au toucher et ce que l'on perçoit, non plus accolé immédiatement à l'utérus, mais distant de l'organe par un léger sillon, paraît être un coude d'une trompe hypertrophiée. En somme, diminution de volume, un peu de dégagement de la masse, disparition de la douleur spontanée et provoquée. — 4 décembre. La tuméfaction annexielle a repris à peu près le volume qu'elle présentait avant la dilatation, mais aucune douleur spontanée ni provoquée.

12 décembre. — Poussée aiguë de pelvi-péritonite unilatérale.

7 janvier. — Laparotomie dans la position de Treudenburg. J'extrais l'ovaire gauche qui est poly-kystique et la trompe correspondante qui est très adhérente au rectum et présente, au niveau du pavillon, une dilatation kystique pleine de caillots anciens : cette lésion semble répondre à l'avortement d'une grossesse tubaire de quelques semaines. Guérison sans incident.

J'avoue que, pour tirer des conclusions raisonnables de cet ensemble de 29 faits, au sujet des résultats du curettage et de la dilatation sur l'inflammation circumutérine, je suis beaucoup plus embarrassé que ne l'ont été beaucoup d'autres pour porter leur jugement en bien ou en mal, avec une expérience encore plus restreinte.

Ce qui rend difficile l'appréciation du traitement indirect, c'est qu'ici, plus que partout ailleurs, il faut compter avec l'intervention des influences hygiéniques, bonnes ou mauvaises, et l'évolution naturelle de la maladie.

Pas d'organe qui fonctionne par crises aussi brusques et aussi actives que l'utérus et ses annexes et, par suite, pas d'organe qui

bénéficie autant au point de vue morbide du repos fonctionnel : suppression du coït, de la grossesse, repos au lit pendant les règles.

D'autre part, nous savons, à n'en pas douter, que la salpingo-ovaire, convenablement surveillée lors d'une première atteinte, soit aiguë, soit insidieuse, peut complètement guérir ; que, si elle continue à évoluer, elle peut aboutir à l'un des trois états suivants : 1° Formation d'une collection suppurée qui s'ouvre ordinairement dans le péritoine, pour l'ovaire et dans un viscère voisin, pour la trompe, cas de beaucoup le plus fréquent. — 2° Enkystement, par oblitération du pavillon de la trompe, de collections catarrhales (hydrosalpinx) ou suppurées (pyosalpinx) qui peuvent persister indéfiniment avec des alternatives de diminution ou d'augmentation dans la masse du liquide dues, les premières à des phénomènes de résorption par les vaisseaux ou d'évacuation par le canal utérin ; les secondes, à l'intervention des règles ou d'une poussée inflammatoire ; ces collections peuvent devenir de moins en moins virulentes, au point d'être absolument aseptiques, ou bien participer à des phases d'acuité et se frayer une voie au dehors. 3° Atrophie définitive des deux organes succédant ordinairement aux deux phases suivantes : l'une d'endosalpingite, catarrhale ou purulente ; l'autre d'hypertrophie interstitielle avec persistance plus ou moins active de l'endo-salpingite ; le plus souvent, au travail de prolifération conjonctive qui part de la muqueuse s'en joint un autre en sens inverse, qui part de la périphérie. La rapidité de la sclérose dépend de la coexistence et de l'activité de ces deux processus.

Lorsque la trompe et l'ovaire sont atrophiés, s'il y a peu d'adhérences, ou si, surtout, ces adhérences sont *favorablement disposées*, il peut y avoir *guérison symptomatique* ; on peut même être admis à dire qu'il y a *guérison morbide avec mort physiologique de l'organe*, se traduisant par la suppression des règles, et ce mode de guérison est à mettre en regard de la *guérison avec restitutio ad integrum* que l'on peut obtenir dans les cas récents.

Voilà ce que fait la nature, ordinairement assistée par les soins hygiéniques et médicaux. Voyons maintenant si le curage aidé de la dilatation arrive à faire mieux. Nous répondrons à cette question de deux façons : d'abord en embrassant tous les cas dans leur ensemble, puis en les envisageant dans chacune des catégories où nous les avons rangés.

Tout d'abord, en dehors de toute autre considération, s'il y a des phénomènes de métrite, il faut toujours faire le curage, même si on se résout à une intervention radicale ; en effet, s'il s'agit d'une laparotomie, on peut être obligé de faire le curage dans les mois qui suivent, faute de l'avoir fait avant. Ce désagrément m'est arrivé dans deux cas. Si l'on croit devoir choisir l'hystérectomie, il faut encore curetter l'utérus pour en assurer l'asepsie.

Dans l'inflammation circumutérine, le curettage associé à la dilatation est d'une *parfaite innocuité*, à condition qu'on ne le pratique qu'en dehors des phases aiguës, sauf s'il y a infection puerpérale. La dilatation peut être assez pénible ; mais, pratiquée aseptiquement, elle ne détermine rien autre que des douleurs et des troubles réflexes dont on se rend toujours facilement maître. L'emploi de ces deux moyens est généralement suivi d'une sédation immédiate. Il se peut que, dans la suite il survienne une poussée subaiguë du côté des annexes ; mais, outre que le fait est rare, nous l'avons toujours vu se produire à une distance telle de l'intervention que nous n'avons pu en inférer qu'une chose, c'est que la marche des phénomènes péri-utérins n'avait été que très superficiellement entravée par l'intervention intra-utérine. Jamais nous n'avons vu la dilatation, pratiquée avec les précautions susdites, provoquer d'accès de fièvre, ainsi que l'a écrit M. Pozzi. Nous avons vu, par contre, l'introduction fait par d'autres que nous, de simples crayons dits antiseptiques par les pharmaciens qui les préparent, être suivie d'accidents graves. En un mot, question d'opportunité et d'asepsie. Nous repoussons donc absolument les conclusions systématiques de M. Doyen au dernier Congrès de Bruxelles, conclusions d'après lesquelles le curettage appliqué à la métrite-annexite ne serait que le pourvoyeur de la laparotomie ou de l'hystérectomie.

La dilatation a, pour ainsi dire, toujours prise sur l'élément *douleur*. Ses effets analgésiques varient, comme intensité et durée, suivant les cas.

Son action sur le *volume* des tumeurs est assez difficile à dé-  
gager des simples effets de l'évolution morbide.

Ses effets de *massage* sur les adhérences péri-utérines ne nous paraissent pas douteux. Elle arrive, en effet, à les distendre et à les assouplir suffisamment pour permettre le redressement de l'utérus et le décollement des annexes. Nous en avons relaté



deux exemples frappants : l'un dans lequel une poche annexielle adhérente à la paroi abdominale fut complètement libérée en quelques jours ; l'autre dans lequel un utérus en état de rétroversion sinon adhérente, au moins très résistante, put être redressé au point de permettre l'opération d'Alexander. Nous avons bien vu parfois des utérus latéro-déviés se redresser spontanément et, de même, des annexes changer de place du seul fait de la succession de périodes d'acuité et d'accalmie, mais jamais ces modifications spontanées ne nous ont paru aussi rapides et aussi marquées que les modifications de même ordre dues à la dilatation.

La plus grande difficulté pratique dans l'emploi de la dilatation et du curettage consiste à les faire accepter des malades comme des moyens palliatifs, adjuvants, d'attente ou d'essai. Les malades ne veulent généralement entendre parler de moyens extra-médicaux que si on leur promet la guérison absolue ; ou bien, si on parvient à leur faire accepter dilatation et curettage pour ce qu'ils valent dans les cas envisagés, que la guérison ne vienne pas, ou tarde trop et que l'on croie alors en conscience devoir leur faire une ablation d'organes, elles perdent de vue leur adhésion première à votre programme thérapeutique et se soustraient à votre influence. Les unes s'adressent à des chirurgiens qui se gardent de les faire autant attendre et alors il n'y a de mal que pour le gynécologue ; d'autres gardent leur affection, qui souvent empire et devient plus difficilement opérable au détriment des deux parties. Il convient donc d'être très carré dans sa façon de présenter le traitement indirect et de ne l'employer qu'à bon escient. Or, il est indispensable, à ce point de vue, d'entrer dans le détail des faits cliniques :

Dans les *cas puerpéraux* avec rétention intra-utérine de débris septiques, sans collection à ouvrir, sans extension péritonéale susceptible de mettre la laparotomie en question, le curettage immédiat est la principale chose à faire. Nous n'avons eu que des succès dans 6 cas ; il est vrai que, dans ces 6 cas, l'intervention a été précoce, que l'inflammation circum-utérine semblait modérée, qu'il n'y avait pas de tuméfaction annexielle bien différenciée.

S'il s'agit d'une *première atteinte de blennorrhagie annexielle*, prise à son début, il importe, avant tout, de se dire qu'on a les

plus grandes chances d'obtenir la guérison et faire partager cette conviction à l'entourage de la malade, en faisant cependant de sages réserves. Toutes les difficultés de la guérison et les manifestations symptomatiques les plus pénibles sont sous la dépendance de la péritonite qui oblitère le pavillon de la trompe, fixe les deux organes en position vicieuse, concourt très activement à leur sclérose et constitue le principal facteur de leur dégénérescence kystique. Or, dans le cas d'infection blennorrhagique, on peut fort bien n'avoir affaire qu'à une métro-annexite pure ; d'autre part, même dans le cas d'une infection aiguë avec péri-métro-annexite, analogue à l'orchite, il ne faut point s'en laisser imposer par le volume de la tuméfaction, car il est certain que, tout comme dans l'orchite, l'élément phlegmoneux, à l'état d'infiltration oedémateuse, c'est-à-dire susceptible d'une résolution prompte, peut y prendre une part prépondérante. Certainement, ce qui importe avant tout, c'est le repos (repos général et surtout repos génital), et il faut favoriser ses effets bienfaisants par un traitement décongestif s'adressant à toutes les voies disponibles. Cependant, quand les symptômes d'acuité sont tombés, je crois qu'on active les phénomènes de résolution en pratiquant la dilatation suivie du drainage à la gaze, comme le conseille Doléris ; mais il faudrait comparer un grand nombre de faits de cette catégorie, à beaucoup d'autres de même espèce où l'on se serait abstenu de cette pratique, pour pouvoir mesurer son efficacité. Ce que nous pouvons dire, c'est qu'entre nos mains elle n'a eu aucun inconvénient et qu'au premier retour des règles nos quelques malades ont été suffisamment améliorées pour que le molimen menstruel n'ait provoqué ni l'augmentation de volume des tumeurs, ni le retour des douleurs.

Dans l'*ovaro-salpingite chronique non kystique* avec prédominance des lésions annexielles sur les adhérences, les quelques résultats que j'ai obtenus ne peuvent forcer la conviction ni dans un sens, ni dans l'autre. Je suis cependant disposé à expérimenter de nouveau, en pareil cas, le curettage et la dilatation (les jugeant d'ailleurs tout à fait inoffensifs), quand la situation sociale de la malade, sa docilité, son propre désir et le bon esprit de son entourage, l'âge de la maladie, le stade évolutif des lésions, la décroissance des douleurs me permettront d'insister, par ailleurs, sur les autres ressources de la thérapeutique indi-

recte. Dans les conditions contraires, je fais et ferai, jusqu'à indication meilleure, l'ablation des annexes sans essayer de la dilatation.

Je suis certain d'avoir suivi des évacuations spontanées de *kystes annexiels* ; mais, bien que je m'incline devant le dire de plusieurs de mes confrères, je n'ai pas vu de ces kystes se vider brusquement du fait de la dilatation. Je n'ai observé que des diminutions de volume temporaires, modifications qui se produisent souvent spontanément. D'autre part, on peut obtenir dans ces cas, comme dans les précédents, des quasi-guérisons symptomatiques dues au décollement des adhérences. Cependant, comme les poches annexielles renferment souvent du pus, plus ou moins virulent, alors que l'état local ou général ne saurait le faire prévoir et que, dans ces conditions, elles constituent un danger permanent pour les malades qui les portent, je pense, avec bien d'autres, qu'il importe le plus souvent et sans attendre, soit de les ouvrir, soit de les supprimer par les voies les plus favorables.

Enfin, c'est en cas de *pelvipéritonite plastique*, alors que les lésions annexielles sont reléguées au second plan, que j'ai été le plus satisfait de la dilatation, tout en ayant pu me convaincre de son action propre. Cependant, pour que la dilatation puisse agir sur les fausses membranes, causes des douleurs, il est nécessaire qu'elle puisse les atteindre et les distendre : or, pour cela, il faut que ces brides s'insèrent en partie sur l'utérus. Si, au contraire, l'utérus étant à peu près libre, elles se trouvent tendues entre les ligaments larges et la paroi pelvienne, unissant plus ou moins intimement les annexes à cette paroi, on comprend que la dilatation puisse complètement échouer. Je crois très utile à chaque changement de tente, de masser l'utérus sur la sonde de Doléris préalablement introduite dans sa cavité.

7° *Cancer inextirpable* : 4 cas de curettage. — J'ai obtenu les résultats ordinaires, c'est-à-dire la cessation momentanée ou la diminution considérable des pertes rouges et sanieuses et j'ai pu prolonger un certain temps ces résultats soit en renouvelant une ou plusieurs fois le curettage, soit en ayant recours à des tamponnements antiseptiques ou caustiques. Je suis arrivé de la sorte à obtenir un certain relèvement de l'état général de mes malades et à leur donner, jusque près de leur fin, la morphine

aidant, l'illusion d'une guérison. Mais je crois que cette pratique est à rejeter pour les malades encore jeunes, ou très âgées ou encore, trop débilitées.

En somme, les opérations de petite chirurgie portant sur l'endomètre donnent bien les effets directs qu'on était en droit d'en attendre, qu'on pouvait déduire à priori des lésions anatomopathologiques. Leur action indirecte sur les inflammations péritérines est plus difficile à juger, mais n'en est pas moins réelle dans certaines catégories de faits tout au moins ; judicieusement utilisée, elle paraît supérieure au rendement des moyens purement médicaux, n'aggrave pas les lésions et, si elle ne conduit que rarement à une guérison complète, donne, par contre, souvent, des améliorations très notables, suffisantes dans des cas inutilement traités depuis longtemps par le repos et les topiques. Les probabilités de ces guérisons, la durée de ces améliorations sont sous la dépendance d'un grand nombre de conditions parmi lesquelles il faut surtout tenir compte de l'état social, de l'âge de la malade, des appétits sexuels de la femme et surtout du mari.

Messieurs, il y a quelques années, le curettage de l'utérus a suscité parmi vous des débats passionnés. Depuis, cette opération étant tombée dans le domaine courant, j'ai pensé qu'il y avait avantage à en discuter de nouveau les résultats, conjointement avec ceux des autres opérations de petite chirurgie gynécologique qui intéressent l'endomètre. Il faut savoir profiter de l'œuvre du temps.

**Discussion :** M. DOLÉRIS. — Je crois bon que chacun de nous lise avec soin le travail de M. Petit et apporte à la prochaine séance le résultat de sa pratique.

Cependant, je veux insister sur le rôle de la dilatation dans les cas d'affections des annexes ; quel est son mode d'action ? En quelques cas rares, on peut accepter que la trompe se vide ; le principe en est acceptable, mais c'est rare. J'ai présenté des pièces qui démontrent que cette hypothèse n'est pas vaine. — Mais je pense que la dilatation agit surtout à la façon d'un massage en augmentant le volume de l'utérus et en tirillant les annexes malades.

M. PORAK. — Pour donner suite à la proposition de M. Do-

lérís, il me semble que la question présentée par M. Petit mérite d'être mise à l'ordre du jour de la séance prochaine.

M. MAYGRIER. — Je demande à M. Petit qu'il nous donne un titre à la proposition de discussion que nous présentent MM. Dolérís et Porak.

M. PETIT. — Je proposerai comme titre de cette discussion : *De la thérapeutique intra-utérine.*

M. TOUVENAIN. — **Contribution à l'étude de la valeur des tractions rythmées de la langue dans les cas de mort apparente du fœtus.** — Depuis que M. le Dr Laborde a fait connaître son procédé de rappel à la vie par les tractions rythmées de la langue, méthode à laquelle il a donné le nom de *traitement physiologique de la mort*, de nombreuses communications ont été faites sur les résultats qu'en avaient obtenus les médecins qui avaient eu recours à ce procédé dans des cas très différents.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. le Dr Laborde a encore donné lecture à la tribune d'une lettre qu'il avait reçue d'un médecin de province. Dans cette lettre, notre confrère relatait un cas de mort apparente chez un nouveau-né où la méthode des tractions rythmées avait réussi à ranimer l'enfant, alors que tous les autres procédés avaient échoué. En terminant, l'auteur de la lettre exprimait le vœu que des instructions très précises soient officiellement données à toutes les sages-femmes pour leur recommander d'employer le procédé en question à l'exclusion de tous les autres.

C'est aller un peu vite en besogne et avant de rédiger des instructions spéciales à ce sujet, il serait peut-être bon d'attendre que l'expérience ait prouvé la valeur absolue et incontestable du procédé de M. Laborde, en ce qui concerne tout au moins les cas de mort apparente du fœtus, le seul point de vue que je veuille envisager ici bien entendu.

C'est donc pour apporter à l'étude de cette question si intéressante et si pleine d'actualité ma modeste contribution que j'ai l'honneur de rapporter à la Société deux cas récents où j'ai essayé la méthode du Dr Laborde.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant venu au monde avant terme, qui au moment de l'expulsion semblait être mort ;

les chairs étaient flasques, livides ; on ne sentait pas le moindre battement du cordon ; c'était, en résumé, un véritable petit cadavre.

Je fis de suite la ligature du cordon et me mis en devoir d'exercer des tractions rythmées de la langue, mais l'orifice buccal était d'une étroitesse telle que j'eus beaucoup de peine à pouvoir passer le pouce et l'index. De plus, le frein de la langue était extrêmement court et il me fut absolument impossible de saisir l'extrémité linguale.

J'eus alors l'idée de me servir d'une pince à forci-pressure pour y arriver et je pus ainsi attirer un peu la langue au dehors. Je cherchai alors à la saisir entre les doigts en me servant toutefois d'un linge pour empêcher le glissement ; mais les tractions que j'effectuais ainsi étaient tout à fait insuffisantes et à chaque instant la langue m'échappait. Je ne voulais pas exercer les tractions en laissant à demeure la pince appliquée sur l'extrémité linguale, craignant de produire des désordres. Je me vis donc forcé de renoncer à ce procédé, qui était tout à fait inapplicable en la circonstance et, sans plus tarder, je pratiquai l'insufflation, puis la respiration artificielle et je fus assez heureux pour obtenir au bout de quinze à vingt minutes un premier mouvement respiratoire.

Peu à peu la respiration s'établit et l'enfant fut ranimé. Depuis, mis dans une couveuse, il a parfaitement vécu.

Le second cas a trait à un enfant né à terme, après une application de forceps, mais en état de mort apparente. On sentait encore les battements du cordon, mais il n'y avait pas le moindre mouvement respiratoire. Je pus ici saisir assez facilement la langue et l'attirer au dehors. Je pratiquai donc des tractions rythmées avec beaucoup de patience, mais, à mon grand regret, je ne provoquai pas le moindre réflexe.

Aussi, au bout de vingt minutes, sentant à peine les battements du cordon et, craignant qu'en prolongeant mes tractions, je perde un temps précieux, j'eus recours à l'insufflation de bouche à bouche que j'avais vue si souvent réussir, et j'eus la satisfaction de ranimer l'enfant.

Je ne voudrais pas tirer de conclusions de ces deux cas ; pourtant, j'ai tenu à les rapporter, car ils montrent deux choses : 1° c'est que les tractions rythmées de la langue ne sont pas tou-

jours applicables, quand on n'a pas sous la main un instrument spécial, tel que la pince que M. Laborde préconise et que je ne connaissais pas au moment du premier accouchement dont j'ai parlé ; 2° les tractions rythmées ne sont pas toujours efficaces, même quand on les exerce un temps assez long, et nous avons dans l'insufflation et dans la respiration artificielle deux moyens très puissants, dont on aurait tort de déconseiller l'emploi.

**M. BUDIN. — Du traitement prophylactique de l'ophthalmie des nouveau-nés, par le nitrate d'argent en solution faible à 1 pour 150.** — En octobre 1892, à la demande de mon ami le Dr Lefour (de Bordeaux), j'ai communiqué à la Société de Gynécologie de cette ville (1), les résultats que j'avais obtenus pendant 9 mois dans mon service de la Charité, grâce au traitement prophylactique de l'ophthalmie purulente auquel j'avais eu recours.

Je ne veux que vous rappeler les principaux points de la note que je publiai alors et vous donner toutes les statistiques qui ont été recueillies depuis, pendant les mois où j'ai dirigé mon service d'accouchements.

Le moyen prophylactique par excellence, écrivai-je en 1892, a été conseillé par Bischoff et par Crédé : c'est l'emploi, aussitôt après la naissance, d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 50 (méthode de Crédé) dont on laisse tomber une goutte dans les paupières entr'ouvertes. On a aussi recommandé l'acide phénique, le sublimé, l'iodoforme, etc.

La solution de nitrate d'argent à 2 pour 100 est absolument efficace, mais elle n'est pas sans présenter quelques inconvénients ; elle détermine parfois un gonflement considérable des paupières et, dans les jours qui suivent, une suppuration si abondante que nous avons vu des confrères croire à l'existence d'une conjonctivite purulente qu'ils voulaient soigner par de nouvelles cautérisations. Cet état des paupières inquiète les parents, si bien que beaucoup de médecins hésitent à recourir à ce procédé dans la pratique civile ; de là, l'apparition de véritables ophthalmies qui sont loin d'être rares en dehors des hôpitaux.

Les lavages avec des solutions phéniquées à 2 pour 100 ou

^ (1) *Bull. et Mém. de la Société de Gynéc. de Bordeaux*, octobre 1892, p. 237.

avec des solutions de sublimé à 1 pour 5.000, 1 pour 4.000 et même 1 pour 2.000 ne valent pas, tant s'en faut, le nitrate d'argent, les statistiques sont concluantes. Il en est de même pour les insufflations de poudre d'iodoforme (1).

Nous avons, pour notre part, continué l'emploi du nitrate d'argent, seulement nous avons abandonné la solution à 2 pour 100 : celle au centième ayant parfois déterminé un gonflement et une suppuration assez marqués, nous avons eu recours à une solution plus faible, à une solution contenant seulement 1 gramme de nitrate d'argent pour 150 grammes d'eau. Voici, résumés sous forme de tableau, les résultats que nous avons obtenus.

| DATES                                                                      | Nombre des accouchements. | Accouchements gémellaires. | Total des naissances. | A déduire : avortements, enfants macérés, morts pendant le travail ou les 5 premiers jours. | Restent : Enfants partis avec leurs mères, partis en nourrice ou morts après le 3 <sup>e</sup> jour. | OBSERVATIONS.                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Du 7 octobre 1891 au 15 juillet 1892.....                                  | 841                       | 4                          | 845                   | 115                                                                                         | 730                                                                                                  | 1 ophthalmie.<br>3 conjonctivites secondaires. |
| Du 15 octobre au 31 décembre 1892.....                                     | 225                       | 4                          | 229                   | 35                                                                                          | 194                                                                                                  |                                                |
| Du 1 <sup>er</sup> janvier au 15 juillet et du 13 nov. au 20 décembre 1893 | 622                       | 5                          | 627                   | 118                                                                                         | 509                                                                                                  | 2 conjonctivites secondaires.                  |
| 1894, sauf août, septembre et octobre.                                     | 684                       | 8                          | 692                   | 121                                                                                         | 571                                                                                                  | 1 ophthalmie.<br>2 conjonctivites.             |
| Total...                                                                   |                           |                            |                       |                                                                                             | 2.004                                                                                                | 2 ophtalmies.<br>7 conjonctivites secondaires. |

Ainsi donc, pour ces 2004 enfants, nous avons eu 2 ophtalmies purulentes et 7 conjonctivites secondaires.

**Ophthalmies.** — OBSERVATIONS I. — Année 1892. Accouchement n° 296. Prématuré pesant 1975 grammes ; son état général était très médiocre. Il portait des traces de brides amniotiques : l'une d'elles, qui entourait le médius gauche à sa base, avait dé-

(1) Voyez VALUDE, *Le Bulletin médical*, année 1891, p. 227.



terminé un œdème volumineux de ce doigt. Le lendemain de sa naissance, il s'écoula de ses yeux un peu de liquide jaunâtre qu'on attribua d'abord à l'action du nitrate d'argent. Le second jour, des fausses membranes apparurent. Je le montrai à mon confrère et ami, le Dr Abadie et on le conduisit régulièrement à sa clinique. Le huitième jour, l'ophthalmie avait complètement disparu. Un peu plus tard, le médius enserré par la bride amniotique devint noir, se gangrena ; on en fit l'amputation, mais l'enfant succomba.

**OBSERVATION II. — Mars 1894.** Accouchement normal. Deux jours après la naissance, on trouve les paupières de l'œil droit un peu gonflées ; elles sont accolées et quand on les écarte, il s'écoule quelques gouttes de sérosité jaunâtre ; les conjonctives sont fortement injectées, la face interne des paupières est épaissie et œdématisée. En examinant avec soin l'enfant, on ne voit en aucun point sur la surface cutanée de coloration brunâtre comme cela existe souvent quand, après l'emploi du nitrate d'argent, les paupières n'ont pas été bien essuyées avec l'ouate. Une enquête est faite et l'aide sage-femme de service avoue que plusieurs malades ayant accouché presque simultanément, elle a oublié de mettre la solution prophylactique dans les yeux de l'enfant. On eut recours aux cautérisations avec la solution à 1 pour 50, puis à 1 pour 100 de nitrate d'argent et aux irrigations avec de l'eau contenant de l'acide borique ou du naphthol. L'œil gauche également atteint fut traité de la même manière et l'enfant guérit assez rapidement. Son état général avait continué à être excellent et la courbe de ses poids était presque verticale.

**Conjonctives secondaires. — OBSERVATION I. —** Enfant n° 101, né en novembre 1891. Légère inflammation de la conjonctive survenue le sixième jour, l'affection était si bénigne que la mère a voulu quand même, malgré nos conseils, quitter l'hôpital le lendemain.

**OBSERVATIONS II, III et IV. —** L'enfant n° 224, né en décembre 1891, a eu à la fin de son séjour à l'hôpital une très légère conjonctivite que de simples lavages ont rapidement fait disparaître. Il en a été de même pour l'enfant n° 90, année 1892, venu au monde au mois de février et pour un enfant né en janvier 1893.

OBSERVATION V.— Avril 1893. Enfant n° 294. Accouchement spontané dans un bassin rétréci et asymétrique. La mère a eu des abcès des seins pendant la grossesse : un suintement purulent persiste après l'accouchement ; contamination secondaire des yeux de l'enfant : cautérisation au nitrate d'argent et lavage avec des solutions de naphthol. Guérison.

OBSERVATION VI.— Novembre 1894. Accouchement n° 881. Conjonctivite des deux yeux contractée le septième jour ; deux cautérisations avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 100 et lavage avec une solution de naphthol ; guérison complète après 3 jours.

OBSERVATION VII.— Novembre 1894. Accouchement n° 911. Conjonctivite de l'œil droit survenant le onzième jour. L'enfant avait de l'onxyis des doigts de la main droite qu'il portait constamment à sa figure. C'est ainsi que l'œil a dû être contaminé, car l'interne du service, M. Brindeau, ayant examiné le pus de l'onxyis et celui de la conjonctivite, a trouvé dans les deux du staphylocoque. Guérison complète en 48 heures.

Il est évident, disais-je encore en 1892, que pour expliquer des résultats aussi favorables, il faut tenir grand compte des précautions prises dans notre service.

1° Dès son arrivée à la salle d'accouchements, la mère, si le travail n'est pas trop avancé, prend un grand bain et on lui fait une injection vaginale avec une solution de sublimé à 1 pour 4.000.

3° Immédiatement après la naissance, en attendant la cessation des battements du cordon qui permettra d'en faire la ligature, on essuie les yeux de l'enfant avec un peu d'ouate et on fait pénétrer entre les paupières une ou deux gouttes de la solution de nitrate d'argent à 1 pour 150.

3° Pendant les jours qui suivent, si la plus petite complication survient soit chez la femme, soit chez le nouveau-né, ils sont immédiatement isolés.

4° Enfin, nous avons supprimé les nourrices qui conservaient avec elles leur enfant, la surveillance en était très difficile. Si les bébés avaient des panaris ou un peu de conjonctivite, les mères nous le cachaient et il en résultait parfois de petites épidémies

d'ophtalmie chez les nouveau-nés auxquels elles donnaient des soins.

Depuis 1892, je fais également usage dans ma clientèle de la ville des solutions de nitrate d'argent à 1 pour 150. Je n'ai depuis cette époque observé aucun cas d'ophtalmie purulente ; une seule fois j'ai vu survenir, plusieurs jours après la naissance, une légère conjonctivite qui a cédé à de simples lavages.

En présence de ces résultats : 2 ophtalmies purulentes pour 2004 enfants, c'est-à-dire dans la proportion de 1 pour 1000, ophtalmies survenues dans des conditions qui s'expliquent, nous croyons que l'emploi d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 150 est suffisant comme traitement prophylactique.

Cette solution n'a aucun des inconvénients de celle à 1 pour 50 primitivement conseillée par Crédé.

Les conjonctives secondaires, c'est-à-dire apparues six, sept, onze jours après la naissance n'ont existé à la Charité que dans la proportion de 3,5 pour 1000 (7 pour 2004).

Ce n'est plus après une seule année, comme lorsque nous avons fait notre communication à la Société de Gynécologie de Bordeaux, mais après trois années d'expérience que nous demandons à nos collègues de vouloir bien essayer la solution de nitrate d'argent à 1 pour 150 ; nous espérons qu'ils seront aussi heureux que nous.

Ce n'est pas tout, il n'est pas très rare d'observer des ophtalmies dans la clientèle des sages-femmes ; or, une solution aussi faible de nitrate d'argent ne semble pas pouvoir être dangereuse entre leurs mains. Mais la loi est formelle, elle leur défend de prescrire des médicaments autres que le seigle ergoté, des paquets de sublimé et de la vaseline au sublimé. Peut-être les accoucheurs des hôpitaux qui ont la surveillance des sages-femmes agréées pourront-ils prescrire la solution de nitrate d'argent à 1 pour 150 et la faire employer comme moyen prophylactique seulement. Les résultats obtenus ainsi, en dehors de l'hôpital, seront intéressants à connaître et montreront si on doit ou non demander la généralisation de ce procédé dans la pratique des sages-femmes.

M. OLIVIER. — Comment M. Budin emploie-t-il sa solution

de nitrate d'argent ? Est-ce en instillations ? Est-ce en badi-geonnages ?

M. DOLÉRIS. — La statistique de M. Budin est merveilleuse quant à l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Mais le fait des *conjonctives secondaires* intéresse beaucoup les accoucheurs ; en 1883, j'avais pendant huit mois exigé qu'à chaque toilette des enfants, on leur lavât les yeux à l'eau boriquée. Le pourcentage des conjonctives tardives est tombé à 8 % au lieu de 39 % sous l'influence de ce traitement (1).

Je crois, en outre, que le nitrate d'argent est le plus puissant des antigonococciques et qu'à ce titre surtout il est recommandable comme prophylactique.

M. MAYGRIER. — M. Budin lave-t-il les yeux des enfants avant d'installer sa solution de nitrate d'argent ?

M. BUDIN. — Dès que l'enfant est né, on essuie les yeux de l'enfant avec un peu d'ouate, on écarte les paupières, on y laisse tomber une ou deux gouttes de nitrate d'argent et on essuie simplement les paupières. Le procédé est donc aussi simple que possible.

M. Doléris dit que l'enfant peut avoir des conjonctivites secondaires, quand il est ultérieurement contaminé. Or je dirai que dès qu'un enfant ou dès qu'une femme est malade on les isole ; il y a donc peu de chance, pour qu'il y ait des conjonctivites secondaires. La véritable solution, c'est l'isolement.

M. CHARPENTIER. — Si la mère nourrit et qu'elle a des accidents, comment faites-vous ?

M. BUDIN. — J'isole les deux et de cette façon j'arrive à la préservation.

M. DOLÉRIS. — Quand on peut arriver à une extrême rigueur d'antisepsie, les accidents sont rares. Mais, dans la pratique, ceci n'est pas toujours vrai. Un œil d'un enfant nouveau-né chétif prédisposé, qui porte des germes d'affection de nature muqueuse, pourra s'infecter secondairement au même titre que la muqueuse nasale, laryngée, bronchique, etc. Il restera toujours des conditions qui peuvent produire des conjonctivites secondaires. Il n'est donc pas excessif d'exiger qu'on

(1) CONNEN. Thèse de Doctorat, Paris, 1883.

fasse le lavage de l'œil en même temps qu'on donne le bain et qu'on fait la toilette générale de l'enfant.

M. BUDIN. — Il faut établir une distinction : il y a l'ophtalmie purulente et les conjonctivites secondaires.

M. DOLÉRIIS. — **Avortement brusqué dans un cas d'hémorragie grave due au décollement placentaire, au cours d'une fausse couche prolongée. — Incisions larges du col utérin.** — Le cas dont l'observation suit est un de ces exemples exceptionnels de la possibilité d'hémorragies graves et répétées au point de devenir menaçantes pour la vie, au cours d'un avortement prolongé.

Dans cette circonstance, le décollement du placenta s'est fait lentement et par étapes, comme s'il s'agissait d'un placenta prævia, sans qu'aucune modification survînt dans l'état de l'utérus. Aucune contraction du corps utérin, aucun changement du col ne se sont produits. L'œuf est resté intact et l'utérus inerte, pendant que l'hémorragie se reproduisait pour ainsi dire quotidiennement, alternativement abondante et discrète, jusqu'au moment où l'état de la malade très anémiée est devenu subitement inquiétant. Des syncopes fréquentes, une dépression générale, avec une excitation nerveuse singulière, menaçaient d'amener rapidement la mort ; le tamponnement vaginal s'étant montré insuffisant à juguler la perte de sang, j'ai dû intervenir et vider la matrice par un procédé rapide. C'est dire que j'ai dû renoncer à employer les moyens ordinaires destinés à provoquer le travail et procéder à l'avortement forcé ou brusqué en frayant la voie au fœtus et à l'œuf, par le moyen de larges incisions sur le col utérin et l'évacuation de la cavité utérine. La malade, après avoir traversé des alternatives variables, a heureusement guéri (1).

Voici l'observation rédigée par mon interne M. CHÉRON :

La nommée B..., âgée de 23 ans, corsetière, entrée le 17 décembre 1894, à la Maternité de la Pitié.

Antécédents héréditaires : Père mori. Mère vivante et bien portante.

(1) Elle ne conserve aujourd'hui 1<sup>er</sup> février que de la faiblesse et une profonde anémie.

Antécédents personnels : Jamais malade. Nerveuse.

Réglée à 15 ans. Les règles furent irrégulières, abondantes, apparaissant en général à des époques très rapprochées; elles sont peu douloureuses.

A l'âge de 18 ans, elle fut enceinte pour la première fois.

1<sup>re</sup> Grossesse. — Elle évolua sans aucune complication jusqu'à terme. L'expulsion du fœtus se fit par le sommet. Après la délivrance, une hémorrhagie abondante se produisit accompagnée de perte de connaissance et qui exigea une piqûre d'ergotine.

2<sup>e</sup> Grossesse. — Elle eut lieu à 21 ans. Elle évolua sans grand accident, excepté une hémorrhagie qui se produisit au 2<sup>e</sup> mois, fut très peu abondante, et n'obligea pas la malade à prendre un repos absolu. Cette perte eut une durée de 3 semaines.

L'accouchement eut lieu à 8 mois et 8 jours, d'un enfant vivant.

3<sup>e</sup> Grossesse. — Pendant toute la durée de cette grossesse, la malade eut d'abondantes et continuelles hémorrhagies. Elles commencèrent au 2<sup>e</sup> mois et durèrent jusqu'à 6 mois, époque où se fit l'expulsion de l'œuf. Parmi ces hémorrhagies, une fut plus particulièrement abondante; elle eut lieu au 4<sup>e</sup> mois de la grossesse ou plus exactement au 27 février 1893.

Elle s'accompagna de tous les symptômes habituels des grandes hémorrhagies; tendance aux vertiges, aux lipothymies, à la syncope; refroidissement des extrémités, si bien que la sage-femme appelée auprès de la malade pratiqua le tamponnement vaginal. L'hémorrhagie cessa, mais la malade restait encore très déprimée et dut garder le lit pendant un mois environ. Ce n'est que deux mois après cette hémorrhagie que se fit l'expulsion de l'œuf. Au moment de la délivrance, la quantité de sang fut minime, absolument normale.

4<sup>e</sup> Grossesse ou grossesse actuelle. — Les règles eurent lieu pour la dernière fois au 11 août 1894. Dans le courant du mois qui suivit, la malade observa la série des phénomènes sympathiques qui s'étaient présentés au début des grossesses précédentes: gonflement des seins, picotements, nausées, vomissements, etc. Ces troubles permirent d'assurer la date de début de la grossesse; bientôt, au 2<sup>e</sup> mois, apparurent des hémorrhagies.



Elles eurent lieu pendant toute la durée de la gestation c'est-à-dire depuis de commencement d'octobre jusqu'au 2 janvier 1895, époque de l'expulsion.

Elles furent peu abondantes, mais continuelles au début, la malade ne restant pas un jour sans perdre une petite quantité de sang, malgré le repos absolu au lit, observé depuis le début de ces hémorrhagies.

Le 17 décembre, la malade fut prise de petites douleurs qui simulèrent un début de travail, si bien qu'elle se fit transporter à l'hôpital; après son arrivée, les douleurs cessèrent complètement mais les hémorrhagies continuèrent, augmentant d'abondance, et se répétant à des intervalles très courts.

Vers le 22 décembre, nouvelle apparition des douleurs, faisant penser encore à un début de travail, disparaissant au bout de quelques heures.

Le 25 décembre, nous procédons à l'examen complet de la malade.

*Examen général.* — La malade présente le facies habituel des grandes anémiées. Le visage est pâle, les lèvres sont blanches, décolorées, le pouls présente une tension faible, les pulsations sont rapides; du côté des autres organes, rien d'anormal.

Les urines sont normales. Pas de syphilis ni du côté de la malade ni du côté du mari.

*Examen obstétrical.* — Le fond de l'utérus remonte à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic; par la palpation, on ne distingue pas de région fœtale; il n'y a pas de contractions utérines.

*On n'entend pas les bruits du cœur.*

*Toucher vaginal :*

Le col est légèrement ramolli, permet l'introduction de la pulpe du doigt dans l'orifice externe; il ne présente aucun degré d'effacement.

Du côté des seins, par une légère pression, on fait écouler une petite quantité de colostrum.

Les jours suivants, on constate les mêmes signes, l'hémorrhagie continue en très faible quantité et les contractions utérines font toujours défaut.

Mais l'état anémique de la malade s'accroît tous les jours et le 1<sup>er</sup> janvier, sans qu'il y ait eu une hémorrhagie plus abondante, la malade perd plusieurs fois connaissance dans la journée ; on est obligé de recourir à la potion de Todd, à la caféine, aux piqûres d'éther ; vers les 3 heures de l'après-midi, hémorrhagie profuse qui nécessite le tamponnement ; ce dernier est traversé, ainsi qu'un second, qui est appliqué à 7 h. du soir.

2 janvier. En présence de la continuité et de la gravité des hémorrhagies, de l'état anémique très grave de la malade, de l'état syncopal, de l'absence de tout travail, M. Doléris se décide à intervenir et à évacuer l'utérus.

La malade est mise en travers du lit ; on procède au lavage de la vulve, à l'injection vaginale, et sans pratiquer l'anesthésie chloroformique qui eût été dangereuse, étant donné l'état affaibli et anémique de la malade, on introduit deux valves dans le vagin ; on pince le col avec la pince de Museux, puis on dilate le col avec les bougies d'Hégar ; mais ce dernier présente des parois rigides, très peu dilatables, dans toute leur étendue, jusqu'au niveau de l'isthme où on sent un relief saillant qui met obstacle également à la dilatation.

Les bougies d'Hégar présentant un calibre insuffisant, on recourt au ballon de Barnes ; un premier ballon mis dans le col éclate sous la pression de l'air ; un second est introduit, puis retiré ; mais pendant la distension de ce ballon, sous l'influence de la dilatation forcée du col, la malade perd subitement connaissance, le pouls devient encore plus faible, les pulsations disparaissent ; on est alors obligé de recourir aux piqûres d'éther, de caféine, au Todd.

Au bout de quelques minutes, la malade revient à elle ; on peut reprendre l'opération.

La dilatation du col est insuffisante pour donner passage au fœtus. L'orifice interne reste obstinément contracté et dur.

M. Doléris sectionne alors latéralement le col, dépassant dans sa section, l'insertion du cul-de-sac du vagin pour aller intéresser le sphincter cervical jusqu'au dessus de l'isthme, qui est également contracté. Dans cette section, l'opérateur se tient dans le tissu utérin, évitant, par conséquent, l'incision du vagin et l'ouverture des plexus veineux qui siègent au niveau du dôme vaginal.



On ouvre la poche des eaux qui est intacte ; ils'écoule un liquide très fortement coloré en brun.

On procède alors à l'extraction du fœtus, qui ne peut se faire que par fragments.

Pour cette extraction, on se sert d'une pince ovale à larges fenêtres.

On retire successivement les membres inférieurs, les viscères de l'abdomen et du thorax. Le thorax et les membres supérieurs viennent facilement ; on broie la tête, pour permettre son passage.

On procède alors à l'extraction du placenta, qu'on retire très facilement en l'enroulant autour d'une pince, fenêtrée et dentée. Derrière le placenta, entre lui et le fond de l'utérus, on retire un grand nombre de caillots, les plus anciens fibrineux, les autres plus ou moins récents, cruoriques, de coloration noirâtre, dont le poids est évalué à 240 gr.

Le placenta pesé à part est de 240 gr. Les fragments du fœtus sont de 330 gr.

Un curettage, un écouvillonnage et une injection intra-utérine complètent l'opération.

Suture du col ; deux points au catgut de chaque côté.

Pansement intra-utérin.

Après l'extraction du placenta, on administre une piqûre d'ergotine pour éviter une nouvelle perte de sang dangereuse en pareil cas.

Le globe utérin est dur et résistant. Pendant toute la journée, on soutient les forces de la malade qui, bien qu'elle n'ait perdu que peu de sang pendant l'opération, à l'aspect absolument exsangue : champagne, Todds ; on l'alimente avec du lait et du bouillon ; on pratique, à deux reprises différentes, deux piqûres de caféine, plus une injection de sérum de 20 grammes.

3 janvier. — Température montée à 38°8, le pouls est à 125, aucune douleur abdominale, aucune douleur dans le bas-ventre, mais toujours extrême faiblesse de la malade. Pendant la nuit, la malade a, en dormant, une garde-robe dont elle n'a pas conscience.

*Traitement.*— Identique, excepté l'injection de sérum qui fait défaut.

4 janvier. — La température reste à 38° le matin et monte à 39 le soir, où la malade présente un grand frisson.

Grande faiblesse de la malade, qui répond mal aux questions, présente un certain degré de stupeur.

*Traitement.* — Todd, champagne, injection de 20 gr. de sérum. Ablation du tampon et injection intra-utérine d'eau boricuée ; en quatre doses, à l'intérieur, un gramme de salol.

L'examen vaginal ne révèle aucune lésion attribuable à une infection bien évidente.

5 janvier. — Température 38° le matin et 39/5 le soir. Pouls 130 le matin et 158 le soir. Exagération dans les phénomènes d'abattement et de stupeur.

Abondante diarrhée dans la nuit ; — même traitement, mais en plus, inhalations d'oxygène, 2 grammes de salicylate de bismuth en 6 fois, injections de sérum de 75 grammes.

6 janvier. — Symptômes d'abattement, de prostration moins marqués ; la malade répond aux questions, elle a dormi une grande partie de la nuit, la température a baissé, le matin 38°/5.

Le ventre est légèrement douloureux, mais non ballonné, il reste souple, le toucher vaginal ne fait rien constater, sinon, une légère douleur au niveau de la trompe droite ; en outre, la malade ne peut uriner seule ; toutes les fois, catéthérisme.

*Traitement.* — Glace sur le ventre, pour diminuer la douleur, 40 grammes de sérum, une piqûre de caféine.

J'ai hésité quelque temps au début pour savoir à quelle cause je devais attribuer la fièvre, mais je n'ai pas tardé à me ranger à l'idée d'une infection légère. Cela, d'autant que l'ancienneté de l'hémorrhagie et la pénétration facile et probable des germes du vagin dans l'utérus, avant même l'intervention, prétaient à cette idée quelque vraisemblance, malgré l'antisepsie soigneuse à laquelle j'avais procédé.

N. B. J'ai eu plus tard l'explication de ces accidents. En examinant directement le col de la malade, j'ai trouvé la commissure droite du col partiellement désunie et une trace d'eschare à ce niveau témoignait d'un point infecté. De là,

la sensibilité utérine à droite et les phénomènes fébriles qui ont été sans doute exaltés par l'état anémique profond.

**Discussion:** M. MAYGRIER. — J'ai connu cette malade. Je m'étais proposé de lui faire un tamponnement très sérieux en cas de nouvelle hémorrhagie. Je serais arrivé aussi à l'avortement.

M. DOLÉRIS. — Le tamponnement a été fait, par deux fois, sans succès. D'ailleurs, l'inertie de l'utérus était telle que l'hémorrhagie aurait continué à se faire entre l'œuf et la paroi, le col étant d'ailleurs rigide et contracté.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 14 Février 1895.*

Présidence de M. MAYGRIER, vice-président.

*Sommaire.* — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.*Correspondance imprimée.* — Journaux français et étrangers.*Présentations.* — MM. BAR et TISSIER : Conséquences immédiates et tardives de l'emploi des lacs dans les cas de présentation du siège, mode des fesses. — *Discussion* : MM. CHARPENTIER, GUÉNIOT, PORAK, BUDIN, DOLÉRIS, MAYGRIER, OLIVIER, BAR. — M. OLIVIER : Présentation d'ouate aseptique. — MM. BAR et TISSIER : Contribution à l'étude de la dermatite polymorphe prurigineuse récidivante chez les femmes enceintes et nouvellement accouchées. — M. BRINDEAU : Observation d'un cas d'oblitération du duodénum. — Discussion sur la thérapeutique intra-utérine : MM. GENDRON, FOURNEL, DOLÉRIS, PORAK, AUVARD, NITOT.

MM. BAR et TISSIER. — **Conséquences immédiates et tardives de l'emploi des lacs dans le cas de présentations du siège, mode des fesses. — Présentation de pièce et de malade.** — L'emploi des lacs dans le cas de présentation du siège, mode des fesses a été fort heureusement préconisé et à bien des reprises, nous y avons eu recours. Presque toujours il nous a donné d'excellents résultats. Cependant, nous avons quelquefois vu les lacs causer sur le fœtus, des lésions qui nous ont paru avoir une certaine gravité.

Dans deux cas, nous avons noté une contusion profonde, une véritable section de la peau.

Le premier de ces faits fut observé par l'un de nous à Montmorency, le 11 août 1892. Il s'agissait d'une femme primipare de 24 ans, chez qui l'enfant du sexe féminin se présentait par le siège décomplété, mode des fesses, — en S. I. D. A. La dilatation étant complète, la malade étant épuisée par un travail prolongé, on fit dans l'aîne droite passer un lac formé d'une de ces mèches de fumeur en tissu chiné dont l'emploi a été recommandé à cet

effet. L'extraction de l'enfant fut pratiquée lentement, sans grands efforts.

A la naissance, on put constater que l'enfant avait dans le pli de l'aîne une dépression profonde, à fond bleuâtre. Au niveau de ce sillon et sur la plus grande partie de sa longueur, les tissus se sphacelèrent, l'eschare se détacha, puis peu à peu tout se répara. L'enfant que nous avons vue récemment, présente seulement une cicatrice linéaire au point où avait été appliqué le lacs. Il n'y a ni atrophie musculaire, ni aucune boiterie. Les lésions que nous avons observées après la naissance de l'enfant peuvent donc être considérées comme n'ayant pas eu de suites fâcheuses.

Il n'en fut pas de même dans le cas suivant.

Une femme, grande multipare (10<sup>e</sup> grossesse) vint le 11 janvier 1893 à la maternité de l'hôpital Saint-Louis. L'enfant, très volumineux, — il pesait 5.000 grammes à la naissance, — se présentait par le siège décomplété, mode des fesses, en S. I. G. A. Le travail durant depuis longtemps, la femme étant épuisée, nous résolûmes de faire dans l'aîne antérieure une application de lacs. Dans ce but, à défaut de lacs spécial et d'une mèche de fumeur cylindrique, on se servit d'une mèche de lampe repliée sur elle-même. Les tractions commencèrent dirigées en bas et légèrement à gauche. Elles furent prolongées pendant dix minutes ; tout en étant bien soutenues, elles étaient modérées et l'opérateur tirait sans à coups. La modération s'imposait d'autant plus que nous étions prévenus par les accidents que nous avions observés, des dangers que pouvait présenter l'emploi des lacs.

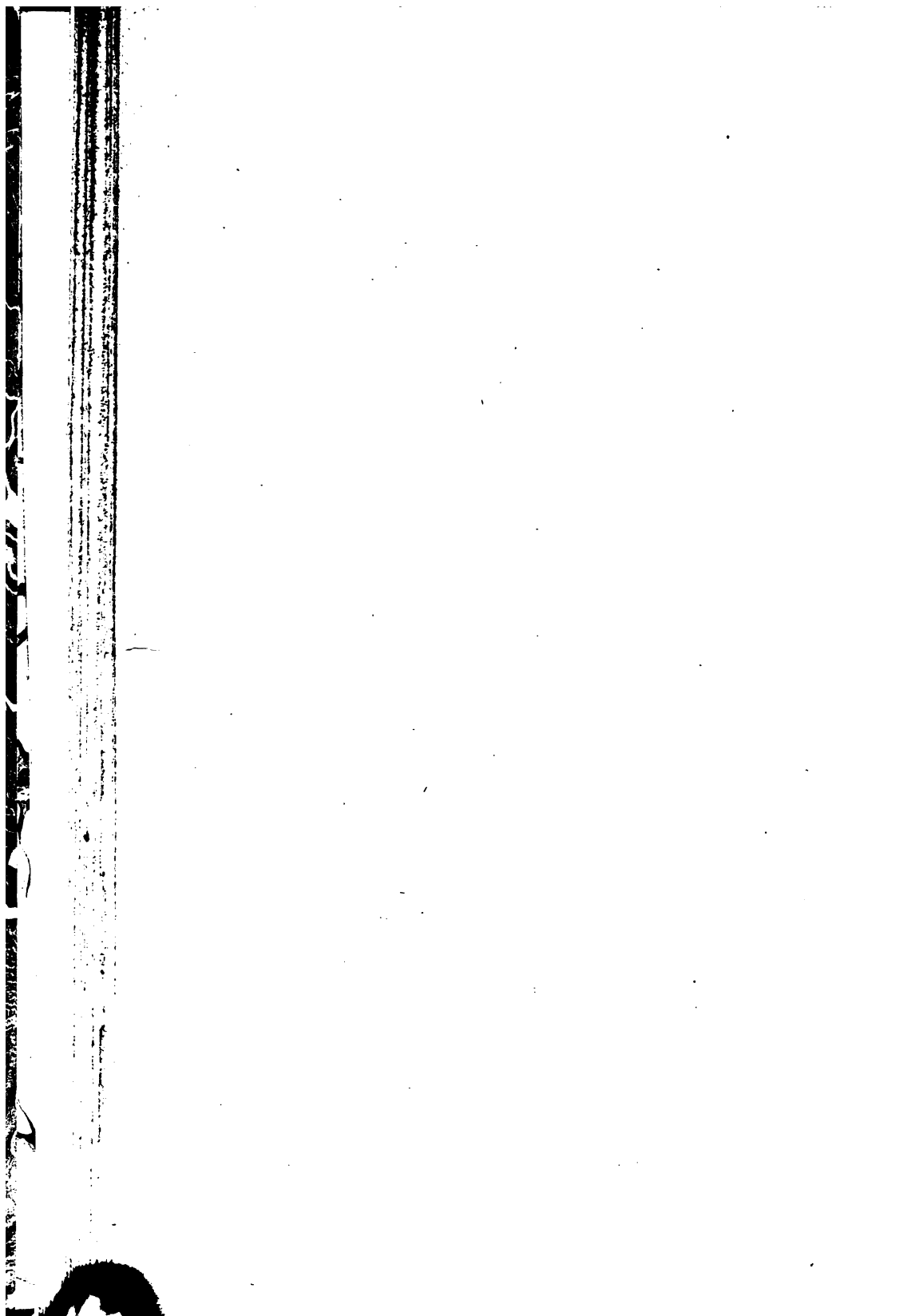
Peu à peu, le siège descendait assez bas dans l'excavation quand un bruit sec se fit entendre, qui ne nous laissait aucun doute sur la production d'une fracture du fémur.

Il s'agissait pourtant d'une position du siège nettement antérieure. Le moulage que nous vous présentons montre que le lacs était bien appliqué dans l'aîne et qu'il ne s'était pas déplacé.

On cessa de suite toute traction sur le lacs et on essaya d'extraire le siège en se servant du forceps ; cette tentative échoua.

Nous pûmes alors repousser peu à peu le siège et le remonter assez haut pour qu'il devint possible de défléchir et abaisser le membre postérieur. L'accouchement put être terminé sans grande difficulté.





Le fémur gauche était fracturé dans son tiers supérieur. Au pli de l'aîne, on voyait, au point où le lacs avait été appliqué, une trainée violet-rougeâtre, un peu déprimée, nullement menaçante.

Deux jours plus tard, le pli de l'aîne avait un tout autre aspect. A la bandelette violacée avait succédé une rainure livide bordée par un soulèvement rouge phlegmoneux de la peau. Il semblait que toute la portion comprimée par le lacs allait se sphaceler. Les jours suivants, cet aspect s'accusa davantage, une eschare épaisse se détacha, laissant à nu une plaie profonde et anfractueuse qui, malgré tous les soins qu'on prit, s'infecta. L'enfant, qui tétait mal, fut pris de diarrhée et succomba le huitième jour, avec des phénomènes de broncho-pneumonie secondaire.

M. Baretta fit tout aussitôt ce moulage.

Sans doute, le gonflement inflammatoire énorme qui tuméfiait toute la région rend ici (voyez la figure ci contre) la lésion beaucoup plus profonde qu'elle n'était au début. Cependant la peau était largement sectionnée au-dessous du ligament de Fallope. Non seulement la plaque de sphacèle éliminée comprenait la peau et le tissu sous-cutané, mais l'aponévrose crurale n'était pas intacte. Rompue par places, elle laissait voir presque à nu les troncs nerveux de la cuisse. De tels délabrements n'eussent évidemment pu se réparer sans laisser une cicatrice profonde et sans causer par la suite des troubles profonds dans le développement des masses musculaires antérieures de la cuisse, etc.

Le troisième fait a trait à l'enfant que nous vous présentons et dont voici l'histoire.

L'un de nous fut mandé le 8 novembre 1892 par le docteur Surre pour terminer un accouchement particulièrement laborieux. La mère était une primipare de 37 ans, dont l'utérus, farci de fibromes, se contractait mal ; le travail durait depuis plus de deux jours et la mère surmenée était incapable de faire le moindre effort. L'enfant très volumineux, — il pesait à la naissance 4600 grammes, — se présentait par le siège décomplété, mode des fesses en S. I. D. A. On put passer dans l'aîne antérieure une mèche de fumeur et, on put terminer l'extraction de l'enfant, non sans exercer des tractions lentes, mais assez fortes.



L'enfant né, on put constater qu'il n'y avait pas de fracture apparente, mais le pli de l'aîne présentait une dépression à peine marquée en dehors et en dedans profonde dans sa partie moyenne. Le fond de cette dépression se sphacela, s'élimina. Lentement les lèvres de la plaie se cicatrisèrent et aujourd'hui on ne voit plus qu'une cicatrice linéaire, à peine marquée en dedans, se prolongeant suivant le pli de l'aîne, s'étalant et déviant un peu en bas vers la partie externe. Par son siège, sa direction, elle témoigne que le lacs avait été correctement placé et ne s'était pas déplacé.

La plaie cicatrisée, la guérison parut complète et l'on ne remarqua rien d'anormal, même après les premiers pas de l'enfant, qui marcha vers l'âge de 13 à 14 mois.

Au mois d'août dernier, la mère, qui est très attentive et fort intelligente, s'aperçut que l'enfant boitait très légèrement du côté droit. Il sembla, durant le mois de septembre, que cette boiterie, tout en étant fort légère, ne cessait pas et l'enfant nous fut conduit à cette époque.

Nous pûmes constater que ce petit garçon, avait quelque tendance à boiter. La hanche droite nous sembla un peu moins développée que la gauche. La fesse droite était un peu aplatie, le pli fessier moins accentué, mais tout cela était si peu marqué que nous voulûmes revoir l'enfant avant de rien décider.

Depuis le mois de septembre la boiterie n'a cessé de s'accroître. On nous conduisit de nouveau cet enfant, il y a quelques jours, et vous pouvez aisément voir quel est son état actuel.

La boiterie du côté droit est très manifeste, surtout quand l'enfant marche rapidement et court. Elle n'est pas due à une atrophie musculaire ; si la masse fessière est un peu aplatie de ce côté, cela est peu sensible. Les muscles de la cuisse et de la jambe sont bien développés. Il n'y a pas de luxation et le trochanter est bien à sa place. Il n'y a pas trace de déformation rachitique, d'incurvation anormale des os. Du reste, cet enfant est bien développé et semble très vigoureux.

Cependant le membre inférieur droit est de deux centimètres plus court que le gauche. Un examen attentif montre que le segment tibial a la même longueur des deux côtés ; tout l'écart porte donc sur le segment fémoral. Il est facile de constater que le fémur du côté droit est rectiligne ; son extrémité

inférieure paraît aussi volumineuse que celle du côté gauche. L'arrêt de développement semble avoir porté presque exclusivement sur l'extrémité supérieure. En effet, le trochanter est moins saillant qu'à gauche ; il est en même temps manifestement moins volumineux.

La gracilité plus grande de l'os en cette région est sans doute la cause principale de l'aplatissement léger de la fesse et de la partie supérieure de la cuisse.

Ainsi donc l'enfant boite parce que l'extrémité supérieure de son fémur a subi un certain degré d'arrêt dans son développement. Rapprochons ce fait de ce qu'à ce niveau le lacs fut autrefois appliqué et lésa déjà profondément les téguments. Ne sommes-nous pas en droit de supposer qu'en même temps que les parties molles, il lésait les parties dures au voisinage de l'épiphyse supérieure du fémur par décollement épiphysaire ou par simple contusion, qu'il troublait ainsi l'évolution ultérieure de cette épiphyse et préparait cette atrophie que nous reconnaissons maintenant ?

Il serait imprudent de fixer aujourd'hui le pronostic de cette boiterie. Nous ne pouvons pourtant nous empêcher de remarquer que, nulle dans les premiers mois de la marche, elle n'a fait que s'accentuer depuis le mois de septembre, époque où elle a commencé à paraître. Nous avons quelques raisons de craindre que ce moindre développement de l'extrémité supérieure du fémur subsistant, la disproportion entre les deux fémurs n'aille en s'accentuant.

D'autre part, l'expérience nous a appris qu'il existait une solidarité entre le développement de la cavité cotyloïde ou plutôt du bourrelet cotyloïdien et celui de la tête fémorale. Il se pourrait que plus tard quand le poids du tronc sera devenu plus lourd, on observe une certaine tendance à la luxation de la hanche.

Mais que ce pronostic soit bien ou mal fondé, il n'en reste pas moins acquis que cet enfant est aujourd'hui atteint de boiterie par diminution de la longueur du fémur droit et que cette diminution est — comment l'expliquer autrement ? — due à l'application de lacs que nous avons faite autrefois.

A cet égard, cette observation nous a semblé intéressante et, si la précédente témoigne des lésions graves immédiates que cause l'emploi des lacs dans certains cas défavorables, elle peut servir

de document pour l'histoire des conséquences éloignées qu'entraîne parfois ce procédé opératoire.

**Discussion :** M. CHARPENTIER. — Je crois, comme M. Bar, qu'il y a eu un décollement de l'épiphyse, mais je voudrais quelques explications au sujet de ses craintes pour la luxation future de la hanche. L'enfant qu'il nous a présenté marche, est bien développé ; il n'a pas d'atrophie musculaire.

Pourquoi la cavité cotyloïde viendrait-elle à s'oblitérer plus tard ? Pour moi, les chances de la luxation sont d'autant moindres que l'enfant se développera davantage. D'autre part, je ne crois pas à l'innocuité des lacs ; je les considère, au contraire, comme dangereux ; j'ai eu, comme lui, des accidents produits par eux ; j'ai même eu une fracture de cuisse par suite du glissement du lacs ; l'enfant a guéri, c'est vrai, mais il n'en est pas moins vrai que je préfère la main ou le forceps au lacs.

M. GUÉNIOT. — Relativement à l'emploi des lacs, je n'ai jamais eu l'idée que le lacs pouvait être un instrument bénin ; il en est de même du crochet. Aussi quand je suis obligé d'appliquer l'un ou l'autre, j'introduis la main jusque derrière le siège dans la concavité du sacrum ; cela détermine un effort de la femme, qui pousse alors qu'elle ne poussait pas et j'exerce des tractions avec cette main, en même temps qu'avec le lacs ou le crochet ; de la sorte j'ai pu réussir et éviter des accidents. Quant à la cause de cette claudication, je ne crois pas qu'il y ait eu une épiphyse décollée, car M. Bar s'en serait aperçu. Dans le cas de décollement épiphysaire, il y a toujours des cals énormes, mais qui se résorbent facilement. Pour moi, dans le cas je ne peux donner aucune explication plausible de la claudication.

M. PORAK. — Je ne crois pas que dans le cas de M. Bar, il se soit agi d'une fracture. La fracture épiphysaire a été quelquefois observée dans les lésions osseuses de nature syphilitique et probablement aussi dans certaines dystrophies osseuses ; alors le cal ne se développe pas ou se développe mal. Mais lorsque la fracture survient à la suite d'un traumatisme et porte sur un tissu sain, il se produit un cal extraordinairement volumineux.

Les fragments osseux sont comme perdus au milieu du cal. Il m'est arrivé deux fois de produire une fracture du fémur à la suite de l'application du lacs. J'appliquai un appareil contentif pour maintenir la rectitude du membre. J'ai acquis la conviction que les fragments de l'os fracturé sont si petits relativement au cal que tout moyen de contention est inutile. J'ai eu l'occasion de revoir ces deux enfants. L'un d'eux est âgé de dix ans et l'autre de cinq. Ils marchent très bien et sans raccourcissement du membre.

J'ai tenu à faire cette observation, car s'il s'était produit une fracture dans le cas de M. Bar, certainement elle n'aurait pas échappé à la clairvoyance de notre collègue.

M. BUDIN. — Le fait clinique apporté par MM. Bar et Tissier est très intéressant. Dans les cas où l'enfant vient par le siège, il faut que toutes les forces dont on peut faire usage concourent au même but : les tractions ne doivent être appliquées que pendant les contractions utérines et, en même temps, un aide doit faire de l'expression ; la contraction utérine, l'expression et les tractions étant ainsi combinées donnent parfois d'excellents résultats.

L'examen de l'enfant montre que le fémur du côté malade est réellement plus court que le fémur du côté sain : ce raccourcissement, cet arrêt de développement de l'os sont sans doute la conséquence des manœuvres exercées pendant l'accouchement, mais par quel mécanisme ? Il sera intéressant de suivre ce bébé, de voir s'il se produit réellement chez lui une luxation de la hanche ; s'il en est ainsi, ce fait pourrait devenir singulièrement suggestif.

Pour le diagnostic des luxations de la hanche, Paul Richer a fourni des données très précieuses et qui sont de la plus grande utilité : j'ai recueilli un certain nombre d'observations que je vous présenterai probablement un de ces jours et qui, toutes confirment les vues de Paul Richer, or, dans un de ces faits, il existait, sans cause apparente, un tibia plus court que l'autre. Y a-t-il analogie entre une brièveté du tibia et l'arrêt de développement du fémur signalé par M. Bar ? Ce serait à étudier.

M. PORAK. — En 1887, j'ai publié dans les bulletins même

de notre société une statistique des présentations du siège, observées à l'hôpital Saint-Louis et en ville.

Je disais que j'avais abandonné l'application du forceps sur le siège à la suite d'un cas malheureux. Je reste actuellement partisan de l'emploi du lacs lorsqu'on ne peut pas abaisser très facilement le pied. J'ai observé, comme M. Bar, des lésions au niveau de l'aine, mais jamais de lésions aussi graves. Depuis plusieurs années, je m'efforce à exercer les pressions simultanément sur les deux aines. L'application du lacs sur l'aine antérieure est généralement très facile, à l'aide de la manœuvre manuelle ou de la manœuvre instrumentale. Il n'en va pas de même pour l'aine postérieure. Lorsque je ne peux pas passer le lacs sur l'aine postérieure, j'emploie le crochet flexible de Delore. Les tractions simultanées sur les deux aines étant assurées ainsi, je suis tellement convaincu de l'importance de n'exercer des tractions que pendant les contractions utérines, ainsi que le conseille M. Budin, que je suis resté fidèle à l'administration de l'ergot de seigle.

Je n'ai pas obtenu de résultat bien évident de l'expression utérine de Kristeller. On la pratiquera néanmoins parce qu'on ne doit négliger aucune aide dans ces cas. C'est surtout au moment de l'engagement de la tête à travers le détroit supérieur que l'expression utérine prend une importance indiscutable.

M. DOLÉRIS. — On peut se demander s'il ne serait pas bon de préciser autre chose que la loi de développement des os, dans l'espèce. Je demande si quelques-uns des nerfs trophiques qui président au développement des os de la région atrophiée n'ont pas été touchés.

M. MAYGRIER. — Nous savons maintenant que si on ne se sert pas du lacs dans les positions postérieures on peut ne pas avoir de fracture. Je ferai observer à M. Bar que le lacs dont il s'est servi est une mèche plate ; M. Tarnier nous a recommandé de ne nous servir que de la mèche de fumeur.

M. OLIVIER. — J'ai montré qu'en fait de lacs il fallait autant que possible ne pas se servir d'un corps dur ; aussi est-il bon d'appliquer le lacs dans un tube de caoutchouc. Pour ma part, je n'ai jamais eu d'accident et je l'attribue à ce que j'emploie toujours mon lacs de caoutchouc.

M. GUÉNIOT. — Quelles que soient la forme et la substance du lacs, on aura toujours des lésions si on exerce des tractions trop vigoureuses.

M. BAR. — Nous avons surtout voulu mettre en garde contre cette idée que le lacs était toujours inoffensif ; nous disons que, même en exerçant des tractions très prudentes, on peut avoir des accidents.

J'ai employé plusieurs fois la mèche chinée et j'ai eu des lésions.

En ce qui concerne les fractures, nous attachons une grande importance à leur siège. Celles qui siègent aux diaphyses ont un cal énorme ; mais quand on a des décollements des épiphyses, on n'a pas de gros cal ; une épiphyse décollée se développe mal, il se peut que cette atrophie de la tête fémorale reconnaisse cette origine.

M. OLIVIER. — **Présentation d'ouate aseptique.** — Messieurs, vous avez très certainement déploré souvent comme moi l'insuffisance de l'enveloppe des cotons aseptiques dont nous nous servons aujourd'hui et la manière sommaire dont on protégeait ce coton, le paquet une fois ouvert, contre les poussières et les microbes qui pullulent dans les chambres d'accouchées. Pour ma part, je me suis souvent demandé comment il se faisait que nous n'observions pas plus souvent des cas d'infection, car enfin ce coton qui a traîné sur le lit ou les meubles plus ou moins mal enveloppé dans une serviette, c'est celui dont on garnit la vulve, dont on se sert pour les toilettes. Aussi ai-je souvent demandé aux fabricants de chercher un moyen pratique de protéger notre coton contre la contamination ; on m'a toujours opposé le non possumus basé sur le prix que cela coûterait. Un de nos plus distingués pharmaciens, déjà connu par des produits remarquables, M. Dumouthiers me semble avoir résolu le problème.

Voici, en effet, une boîte de fer blanc contenant 250 grammes de coton hydrophile stérilisé, divisé en lames, ayant 25 cent. de long sur 15 de large et 2 d'épaisseur. Le coton qu'elle contient déjà stérilisé par le fabricant, l'est de nouveau à l'autoclave par M. Dumouthiers ; l'asepsie est donc absolue. Chaque feuille de ouate est suffisante, soit pour une garniture,

soit pour une toilette, on n'a donc plus à arracher le coton comme on le fait actuellement. Ainsi renfermé dans sa boîte métallique, le coton se trouve à l'abri de toute espèce de contamination. Enfin, chose importante, le prix de ce coton est à peine plus élevé que le coton ordinaire, les boîtes étant reprises pour leur prix réclamé.

**MM. BAR et TISSIER : Contribution à l'étude de la dermatite polymorphe prurigineuse récidivante chez les femmes enceintes et récemment accouchées. —**  
*Herpès gestationis des auteurs. — Présentation de malade. —*  
 La malade que nous vous présentons a été atteinte à la fin de sa grossesse et depuis son accouchement des lésions cutanées, connues sous le nom d'herpès gestationis, hydroa gestationis, maladie de Duhring, érythème polymorphe de la grossesse, dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse, noms multiples qui désignent en somme la même dermatose.

Celle-ci est, sans doute, fort bien connue des dermatologistes et des accoucheurs. Elle a été l'objet de mémoires fort intéressants, notamment de Duhring, de Brocq, etc., qui semblent avoir fixé d'une manière définitive l'histoire clinique de cette curieuse affection.

Cependant, elle se rencontre si rarement dans nos maternités, même à celle de l'hôpital Saint-Louis, où les femmes atteintes de dermatoses se présentent fréquemment, que nous avons pensé qu'il serait intéressant de vous présenter cette malade et de vous relater avec quelques détails son histoire.

# I

Cette femme, âgée de 28 ans, est entrée à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, le 2 décembre 1894 ; elle était enceinte de 8 mois 1/2 environ et en travail. Elle présentait sur la poitrine, l'abdomen, les avant-bras, la face interne des cuisses, de nombreuses bulles et de l'érythème, lésions accompagnées d'un prurit intense et sur l'aspect desquelles nous reviendrons tout à l'heure.

Seule de sa famille, nous a-t-elle déclaré, elle est atteinte des lésions cutanées que nous avons observées. Son père est mort à l'âge de 53 ans de pneumonie et n'aurait jamais eu aucune dermatose.

Sa mère est vivante et bien portante : ses grossesses n'ont été compliquées d'aucune affection analogue à celle-ci.

Enfin, elle a un frère et une sœur que nous avons vus : ils ne présentent aucune lésion de la peau. Sa sœur a eu plusieurs enfants et n'a souffert d'aucune affection cutanée pendant ses grossesses.

Elle-même nous dit n'avoir jamais eu, à sa connaissance, de maladie sérieuse pendant son enfance. Elle n'est ni tuberculeuse, ni syphilitique, et ne présente aucun des stigmates de l'hystérie.

A l'âge de 19 ans, elle devint enceinte pour la première fois. Cette grossesse se termina spontanément à 7 mois ; l'enfant naquit vivant et est encore bien portant aujourd'hui.

Notre malade nous affirme n'avoir absolument rien observé d'anormal du côté des téguments pendant le cours de cette grossesse et à la suite de cet accouchement, pas plus qu'auparavant du reste.

A 20 ans 1/2 survint une deuxième grossesse qui s'est terminée spontanément à terme ; l'enfant naquit vivant, il s'est élevé sans difficulté. La grossesse, les suites de couches n'ont été traversées d'aucun accident. Notons seulement que notre malade, qui allaitait son enfant, eut des abcès au sein.

Une troisième grossesse survint dix-sept mois plus tard et se termina le 4 novembre 1888 à terme par la naissance d'un enfant vivant qui succomba quinze jours plus tard.

La quatrième grossesse se termina à terme le 21 décembre 1889, par la naissance d'un enfant vivant qui mourut 17 mois plus tard avec de la diarrhée cholériforme.

Jusqu'alors notre malade n'avait présenté aucune lésion cutanée pendant les grossesses, pendant les suites de couches, non plus que dans les intervalles.

Le 17 mai 1890, elle accouchait une cinquième fois, à terme, d'un enfant vivant qui succomba deux mois et demi plus tard avec des phénomènes méningitiques. Pendant cette grossesse,



rien d'anormal n'avait été observé du côté de la peau; mais *deux jours après l'accouchement*, la malade eut des frissons, de la fièvre; elle sentit d'abord autour de l'ombilic, puis sur tout l'abdomen et au bout de vingt-quatre heures environ, sur la racine des cuisses, un prurit intense, et eut bientôt de l'urticaire; aucune vésicule, aucune bulle ne se formèrent. Quinze jours plus tard, tout était terminé et la malade ne souffrit d'aucune lésion cutanée jusqu'à sa sixième grossesse.

Celle-ci commença au mois de janvier 1891; tout alla bien pendant les quatre premiers mois. A ce moment, elle ressentit des frissons, de grands malaises, eut une fièvre assez vive. Deux ou trois jours après l'apparition de ces accidents, elle accusa un prurit fort intense au niveau de la face antérieure de l'avant-bras gauche; de suite, du prurit se produisit sur l'avant-bras droit et des vésicules apparurent presque simultanément sur les deux membres, aux points où siégeait le prurit. Elle entra dans le service de M. le Professeur Fournier, chez qui elle resta jusqu'à la fin de sa grossesse.

Pendant ce long séjour à l'hôpital, il se fit tous les quinze jours environ, une poussée nouvelle atteignant telle ou telle partie du corps; seuls les mains, les pieds, le visage furent respectés. Chaque poussée se fit de la même façon: tout d'abord, des malaises, des frissons, un peu de fièvre; la région sur laquelle devait se produire la poussée devenait prurigineuse, des vésicules, puis des bulles apparaissaient. Chaque poussée se produisait d'abord d'un côté, puis immédiatement après, la région symétrique était prise; c'est ainsi que l'on observa une série de poussées sur les deux avant-bras, les deux bras, les deux cuisses, les deux jambes.

Notons qu'à aucun moment, ni avant son entrée à l'hôpital, ni pendant les longs séjours que cette malade fit à Saint-Louis, elle ne suivit aucun traitement interne, ne fit aucune application externe auxquels, on puisse attribuer la production de ces lésions.

Elle entra dans notre service au moment où le travail de l'accouchement débutait. Son enfant naquit vivant; il fut envoyé en nourrice, mais mourut deux mois et demi plus tard, avec de la diarrhée.

Au moment de son accouchement, notre malade présentait de l'érythème avec quelques bulles sur les différents segments des membres, et semblait être à la fin d'une poussée. Deux jours plus tard, elle fut prise de céphalalgie, de frissonnements; la température s'éleva à 38° et la malade éprouva une vive sensation de prurit sur la paroi abdominale, la paroi thoracique et surtout à la face interne des bras, à la face antérieure des avant-bras et à la face interne des cuisses; rapidement ces régions se couvrirent de plaques érythémateuses, de vésicules, au milieu desquelles se développèrent de grosses bulles remplies de liquide citrin.

Les planches I et II montrent ce que furent alors ces lésions.

La planche I représente la face antéro-interne de la cuisse gauche. Les lésions cutanées sont éparses sur toute l'étendue de ce segment de membre et on peut aisément constater sur cette photographie qu'elles ne sont pas les mêmes dans tous les points. En certaines régions, il n'y a que des plaques érythémateuses (C) accusées sur cette photographie par une teinte plus sombre, à contours atténués de forme et d'étendue variables; ici elles sont peu étendues et de forme circulaire, là elles sont plus vastes et leurs contours sont irréguliers.

En certains points, ces plaques érythémateuses plus ou moins boursoufflées, tuméfiées, saillantes semblent constituer toute la lésion, mais la plupart sont boutonneuses et recouvertes ici de vésicules très petites (B), là de bulles (A) de forme variable, et qui, en quelques points, sont très volumineuses.

Sur la face interne de la cuisse qui est représentée sur cette photographie, les lésions sont relativement éparses et la poussée de dermatite semble avoir eu une intensité moyenne. La photographie n° II montre l'aspect que prend la peau quand la dermatite est à un degré plus marqué.

La face antérieure de l'avant-bras qui s'y trouve représentée, est dans ses trois quarts inférieur recouverte d'une vaste plaque érythémateuse, surélevée sur bien des points et présentant de nombreuses bulles de tout calibre, pressées les unes contre les autres et séparées seulement par des zones boutonneuses où se trouvent des vésicules plus petites.

Ces photographies donnent, sans doute, une idée assez juste de la forme et de l'étendue des lésions, mais il faudrait des planches

colorées pour rendre l'aspect de ces vésicules, de ces bulles arrivées à des degrés divers de leur développement : celles-ci, nées depuis quelques heures à peine, circulaires, à paroi tendue, contenant un liquide tout à fait incolore ; celles-là, plus âgées déjà, à contenu citrin, allant bientôt devenir opalescent, louche, presque purulent ; à paroi moins tendue, ridée, presque affaissée et finissant par se rompre, en laissant flotter au-dessus d'un derme rouge, boursoufflé, parfois recouvert de flocons pseudo-membraneux, des lambeaux d'épiderme, de couleur jaunâtre et sale. Ici, la plaque érythémateuse est d'un rouge vif, souvent recouverte de petites vésicules ; là, elle est fanée, la peau desquamée, ou est recouverte de croûtelles jaunes, rougeâtres, se fusionnant plus ou moins avec des croûtes plus épaisses, derniers vestiges de bulles qui se sont rompues.

Si vous voulez bien songer que tous ces états se rencontraient à la fois dans une même région et qu'au moment où nous avons fait ces photographies, les poussées aiguës se succédaient rapidement ; que des plaques érythémateuses nouvelles, des vésicules et des bulles jeunes venaient se développer sur des territoires où les lésions anciennes étaient encore mal éteintes ; vous concevrez aisément la variété, le polymorphisme des aspects que présentaient les lésions cutanées chez notre malade.

Tel était l'état des lésions dix jours après l'accouchement. Les poussées de dermatite se succédèrent ensuite sans ordre apparent, atteignant telle ou telle partie du corps, mais toujours frappant des points symétriques. Bientôt elles s'espacèrent et furent moins vives : ce ne furent plus que des plaques d'érythème sur lesquelles se développaient des vésicules, mais les bulles étaient éparses, plus petites. Chaque poussée était annoncée par du prurit ; mais la température s'élevait à peine de quelques dixièmes de degré au-dessus de la normale, et les malaises étaient peu accentués. Cinq semaines après l'accouchement, tout cessa et dans l'intervalle qui sépara cet accouchement de la grossesse dont nous allons nous occuper, cette femme fut très bien portante, bien qu'elle ne suivit aucun traitement et ne fit aucune attention à son régime alimentaire.

Cette femme redevint enceinte dans le courant du mois de mars 1894. Tout d'abord, rien de particulier ne fut noté.

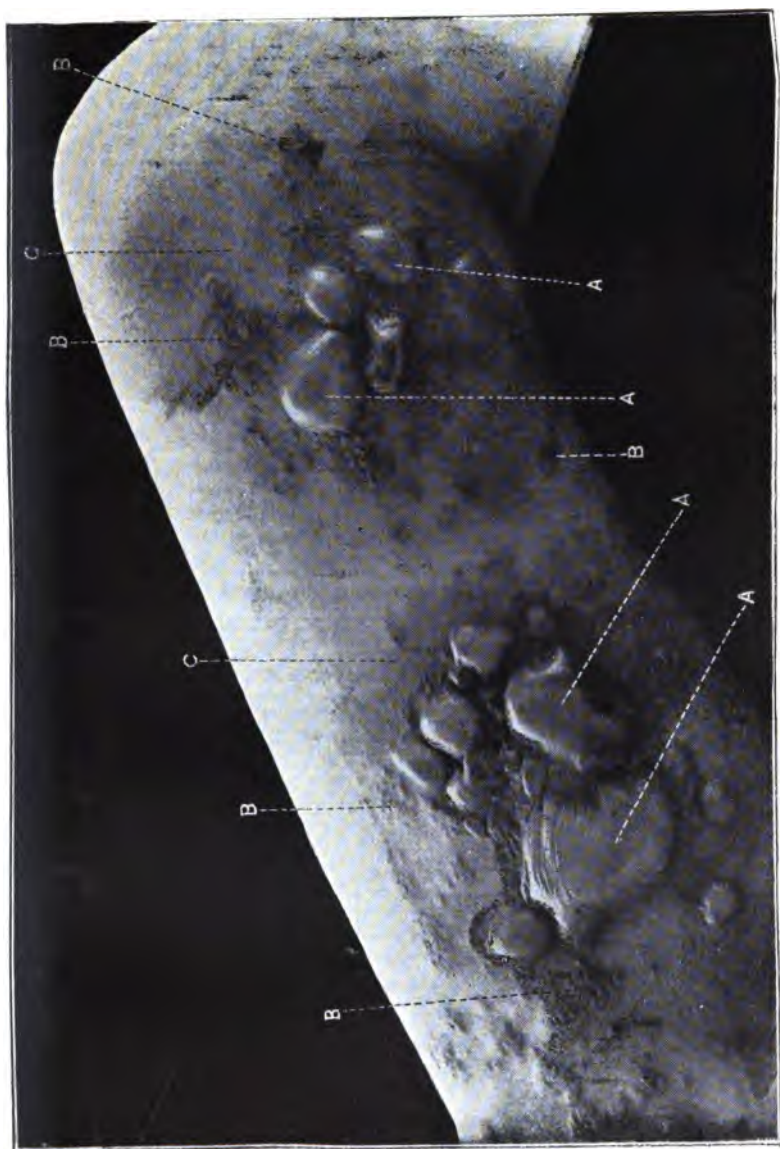


FIGURE 1. — Face interne de la cuisse gauche.

A. Grosses bulles. — B. Plaques érythémateuses recouvertes de petites vésicules. — C. Plaques érythémateuses.





FIGURE II.



*Dans le cours du sixième mois*, sans qu'il y eût de fièvre apparente, ni de malaise bien accentué, notre malade ressentit du prurit dans la région péri-ombilicale ; quelques plaques érythémateuses recouvertes de vésicules très petites et très peu nombreuses se produisirent ; elles se développèrent par petites poussées successives s'étendant sur toute la paroi abdominale, atteignant successivement la poitrine, le dos, les bras, les cuisses, respectant le visage, les avant-bras, les mains, les jambes et les pieds. Ces poussées se continuèrent jusqu'au moment de l'accouchement, et jamais il ne se forma de grosses bulles.

Notre malade entra en travail le 2 décembre. Elle se présenta alors dans notre service à l'hôpital Saint-Louis.

Nous ne dirons rien du travail de l'accouchement, ni de la délivrance qui ne présentèrent rien d'anormal. L'enfant, du sexe féminin, pesait 2.600 grammes. Dès sa naissance, il parut faible, prit mal le sein. On dut tenter de le nourrir avec du lait stérilisé, mais son poids décrut rapidement et il succomba au bout de sept jours, avec un peu de fièvre. A l'autopsie, nous avons trouvé, parsemés dans les deux poumons, des foyers de bronchopneumonie qui nous ont paru constituer la lésion majeure ayant entraîné la mort.

*Au moment de son accouchement*, cette femme présentait de nombreuses vésicules et de très petites bulles sur les bras, les avant-bras et sur les membres inférieurs ; la face antérieure du tronc était couverte de plaques érythémateuses de formes variées, surélevées par endroits et couvertes en plusieurs points de vésicules, de petites bulles, de pustules ou de croûtes.

Le soir même de l'accouchement, il y eut un peu de fièvre et jusqu'au quinzième jour, la température resta au-dessus de la normale, ainsi qu'on peut le constater sur la courbe annexée à notre observation. (Voy. fig. VI.)

*Pendant cette période de temps*, il se produisit une poussée suraiguë d'érythème, de vésicules et de bulles.

Nous avons pu suivre chaque jour l'évolution des lésions cutanées et toujours elle a été la suivante. La malade éprouvait souvent quelques frissonnements, toujours un peu de malaise et ressentait du prurit en une région. La peau rougissait et souvent, en quelques heures, se produisaient des bulles, parfois très vo-



lumineuses, remplies de liquide transparent. Dès que les bulles s'étaient développées, le prurit diminuait ou même disparaissait. *La première poussée débuta trente-six heures après l'accouchement.* Les accidents parurent atteindre leur acmé le douzième jour.

A ce moment, la face antérieure du tronc était couverte de plaques érythémateuses, qui se groupaient de telle sorte qu'elles constituaient à droite et à gauche de la ligne médiane des flots de forme irrégulière, mais à peu près symétriques. Il en était de même sur la poitrine. Le cou et la face étaient indemnes.

La dermatite était surtout accentuée sur les membres. Il n'y avait rien à la face plantaire, mais la face supéro-externe des deux pieds était couverte de larges phlyctènes, rappelant tout à fait l'aspect de brûlures au deuxième degré. Des bulles nombreuses étaient semées sur toute la hauteur des membres inférieurs.

Il en était de même aux membres supérieurs. Ici les bulles les plus volumineuses siégeaient aux mains et la photographie que nous vous présentons, permet de saisir l'aspect de la lésion. (Figure III.)

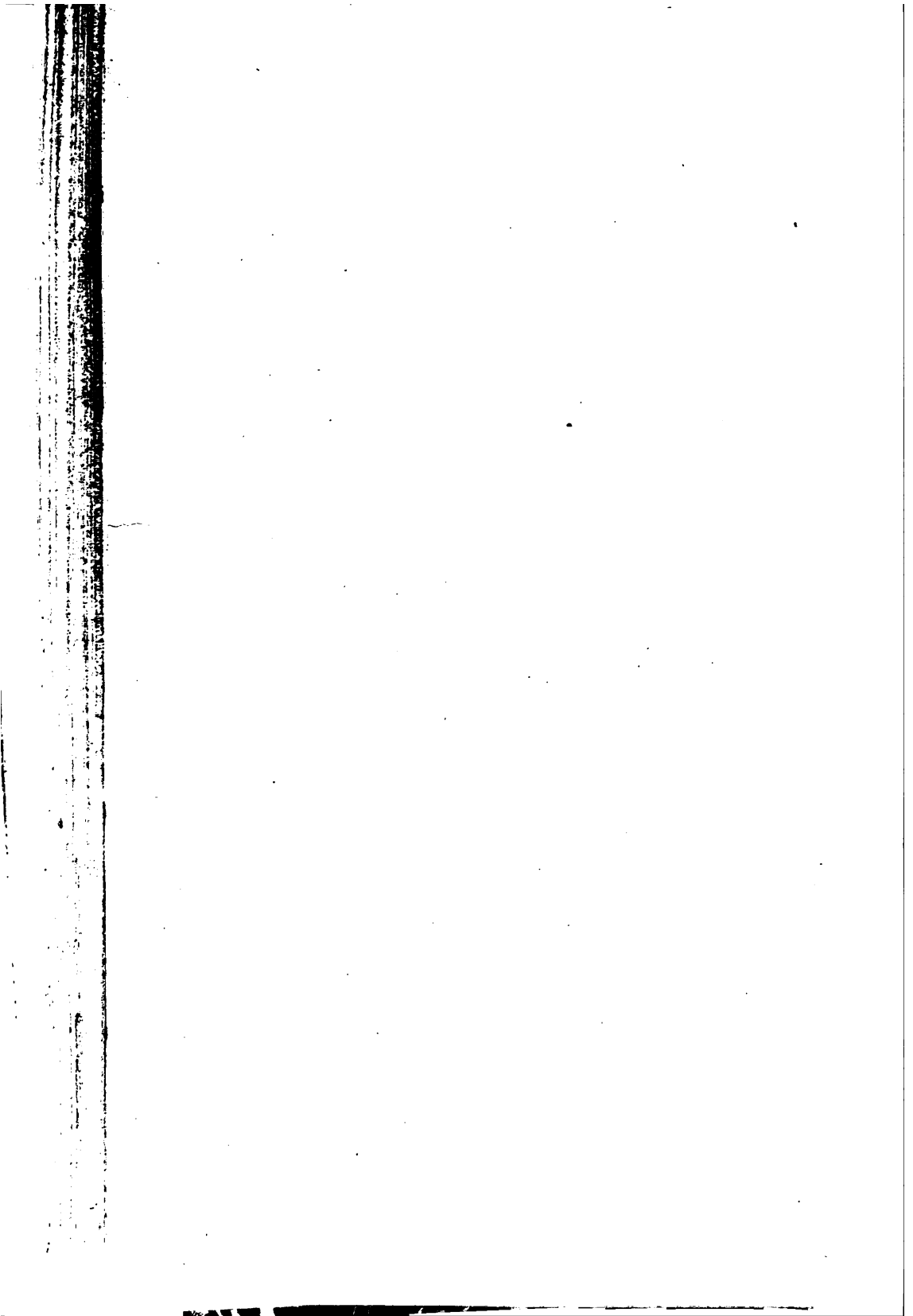
A partir du dixième jour, la dermatite perdit de son acuité. Sans doute, on vit chaque jour paraître de nouvelles vésicules, ou bulles, mais elles furent moins nombreuses ; les anciennes se fanèrent et il sembla, vers le vingtième jour, que la dermatite allait s'éteindre. L'état général, qui avait été médiocre jusque-là, ne semblait pourtant guère s'améliorer.

A la fin du mois de décembre, c'est-à-dire un peu moins d'un mois après l'accouchement, il se fit une poussée nouvelle qui, celle-ci, respecta presque complètement les membres. Le cou se couvrit de plaques érythémateuses et quelques bulles symétriques apparurent au menton. (Voyez figure IV.)

Mais les accidents furent surtout marqués sur le dos. Celui-ci fut envahi des parties inférieures vers les parties supérieures dans toute son étendue. Tout d'abord, il y eut un prurit intensé, avec production de plaques d'érythème ; mais celles-ci se développèrent lentement et ne se couvrirent qu'au bout de plusieurs jours de vésicules sensiblement égales, petites, sans une seule bulle, qui devinrent pour la plupart pustuleuses. (Voyez figure V.) Au bout de douze jours, l'état aigu disparut ; les plaques



FIGURE III.



s'effacèrent lentement ; elles sont encore visibles en ce moment. Contrairement à ce que nous avons noté, sur les points où la dermatite se produisit avec acuité et où il y eut formation de bulles, le prurit ne s'atténua que très lentement. De temps en temps, il y a encore, en tel ou tel point, des démangeaisons plus vives, de véritables sensations de brûlure, de vésication ; quelques plaques érythémateuses anciennes deviennent plus rouges, se surélèvent ; à leur niveau naissent de ci, de là, quelques groupes de maigres vésicules se groupant en cercles ; il n'y a plus de bulles. L'état général de notre malade ne cesse de s'améliorer, une guérison définitive semble proche.

Telle est, Messieurs, l'histoire clinique de la malade que nous vous présentons. Nous l'avons donnée dans tous ses détails, car elle peut être considérée comme un type classique de cette dermatite polymorphe, prurigineuse, récidivante, qu'on observe chez les femmes enceintes ou récemment accouchées, mais assez rarement pour qu'en cinq ans, nous n'en ayons vu que quatre faits à la maternité de l'hôpital Saint-Louis.

Comme c'est la règle dans cette maladie :

1° Notre malade n'a vu les premiers accidents apparaître qu'à sa cinquième grossesse. Mais depuis cette première apparition, *les lésions ont récidivé à chaque grossesse*, disparaissant complètement dans leurs intervalles.

2° *A chaque récurrence, les lésions cutanées ont été s'accroissant au point de vue de l'intensité et de la durée des poussées.*

3° Il semble que l'accouchement ait donné chaque fois un coup de fouet à la maladie, car *les lésions ont acquis le maximum de leur acuité dans les jours qui ont suivi la délivrance.*

4° C'est par poussées successives qu'a procédé la maladie et chaque poussée, pour peu qu'elle eût quelque intensité, a toujours été accompagnée de fièvre modérée. Toujours il y a eu, d'abord du prurit sur les régions atteintes ; puis, en quelques heures, parfois plus vite encore, les lésions apparurent.

4° Nous avons dit leur évolution lente ou rapide, leur variété, leur disposition, leur mode de groupement, leur symétrie ; nous ne reviendrons pas sur ces points.

5° Enfin, si l'état général fut médiocre pendant toute la durée des poussées aiguës, cela tint surtout à la fatigue extrême de la femme, qui ne reposait guère, dormait mal, souffrait sans cesse. Il ne fut jamais réellement mauvais.

## II

Le tableau clinique est ici complet. Mais en est-il toujours ainsi ?

§ 1<sup>er</sup>. — Aucune partie du corps n'a été épargnée chez cette malade. Cette généralisation des lésions est la règle dans les cas où la maladie est aiguë et c'est à tort qu'on a pu penser que le visage restait toujours indemne. Ici, il a été à peine atteint, mais nous avons, dans un des trois autres cas observés par nous à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, noté que la dermatite était, bien au contraire, surtout accentuée sur le visage. Les bulles y étaient si nombreuses et, chez cette pauvre femme le visage avait pris, au moment où elles étaient devenues pururantes, un tel aspect, que nous avons dû prendre le parti de l'isoler.

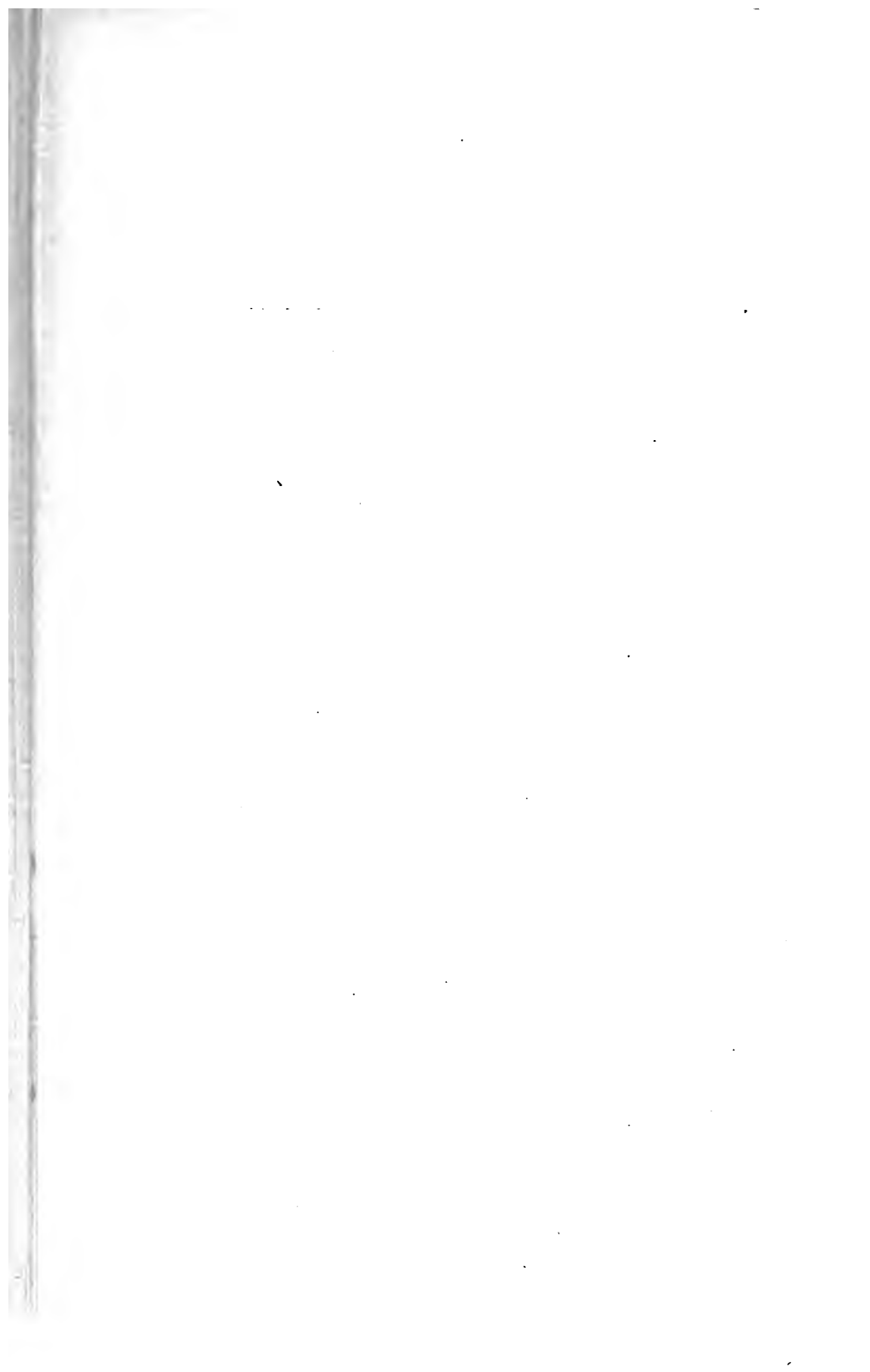
Mais dans les cas où la maladie est moins aiguë, les lésions cutanées ne peuvent siéger que sur une région limitée ; la paroi antérieure de l'abdomen, la racine des cuisses par exemple. C'est ce qui est arrivé à cette femme lors de sa première atteinte. Dans deux faits que nous avons observés à l'hôpital Saint-Louis, il en était ainsi. Une fois la dermatite n'atteignait que la paroi abdominale ; le dos seul était atteint chez la seconde malade.

§ II — Dans le fait que nous vous présentons, la dermatite a été essentiellement polymorphe et nous avons vu, se succédant, se groupant de façons diverses, toutes les variantes, toute la gamme des lésions que l'on peut observer. Mais il existe certains cas où la lésion cutanée est plus fruste et le diagnostic devient plus délicat.

Dans un fait que nous avons signalé plus haut et dans lequel les lésions n'existaient que sur la paroi abdominale antérieure,



FIGURE IV.



il y eut seulement, à la fin de la grossesse et dans les jours qui ont suivi l'accouchement, une poussée d'érythème. Les plaques rouges, saillantes, de forme circinée fusionnées et confluentes par places, mais parfois isolées, ne présentaient à leur surface que de très petites vésicules accentuées, surtout vers le bord des plaques. L'aspect des lésions rappelait celles représentées (planche V).

Chez une autre de nos malades, les lésions étaient localisées au dos : Ce n'étaient plus que de simples plaques légèrement surélevées et ressemblant presque à un érythème ortié. Par son évolution, par la variété des lésions, cette dermatose se rapproche donc singulièrement de la dermatite herpétiforme, observée en dehors de la grossesse et qui, depuis Duhring, a fait l'objet de tant de travaux intéressants.

### III

On sait que les dermatologistes discutent sur la nature de cette singulière affection.

A. — Rien aujourd'hui encore, ne permet de la considérer comme étant de nature infectieuse. Il est avéré, en tout cas, qu'elle n'est pas contagieuse.

Nous avons examiné à plusieurs reprises le contenu des bulles au point de vue bactériologique. Le plus souvent les cultures ne restaient pas stériles même quand les bulles en étaient seulement aux premières heures de leur formation. Mais nous n'avons vu se développer dans les tubes de gelose que nous avonsensemencés que du staphylocoque blanc, associé, quand les bulles étaient anciennes, à de l'aureus. On sait que ces microbes sont banals, n'ont rien de spécifique, et qu'ils se trouvent souvent dans l'épiderme. Leur présence ici n'était le plus souvent que le résultat d'une infection secondaire.

Il était intéressant de rechercher si le liquide des bulles injecté dans la peau ne favoriserait pas la production d'une poussée de dermatite au point où l'inoculation était faite. Nous avons fait



dans la région épigastrique deux inoculations, l'une avec du liquide tout à fait transparent, l'autre avec du liquide déjà un peu opalescent. Dans le premier cas, rien ne se produisit ; dans le second, il y eut seulement une très légère rougeur de la peau, qui disparut rapidement. Ce résultat est conforme à celui qu'ont obtenu les expérimentateurs dans la dermatite polymorphe, observée en dehors de la grossesse.

B. — Pour bien des auteurs, il faudrait attribuer à l'influence du système nerveux une grande importance dans la genèse de ces lésions cutanées. La rapidité avec laquelle bulles et vésicules se développent ; la sensation de cuisson, de brûlure, de vésication qui précède leur apparition et la symétrie avec laquelle se produisent les poussées dans les différentes régions atteintes plaideraient en faveur de cette opinion.

Nous devons dire que nous avons recherché à l'aide d'un compas s'il existait des zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie dans les points qui étaient le siège de poussées éruptives, et nous avons pu constater que, quels que fussent le degré de la lésion et son âge, la sensibilité tactile ne présentait aucune modification appréciable. Il en était de même pour la sensibilité à la température. Ces faits contrastent singulièrement avec ce que l'on observe dans les dermatites qui sont essentiellement régies par le système nerveux.

C. — Enfin, on a pensé que la dermatite polymorphe prugineuse que nous voyons récidiver avec une telle constance chez les femmes enceintes ou récemment accouchées devait être placée dans ce groupe considérable des toxidermies qui ont été depuis quelques années l'objet de travaux intéressants.

C'est là une conception séduisante et ses partisans trouveraient aisément une explication des récidives pendant la grossesse dans les modifications qui se produisent dans la nutrition générale, du côté du foie, des reins, des divers émonctoires, pendant cette période de la vie de la femme et qui conduisent si vite à la production d'une auto-intoxication.

On ne peut, dans l'état actuel de la science, formuler sur cette théorie une opinion bien arrêtée.

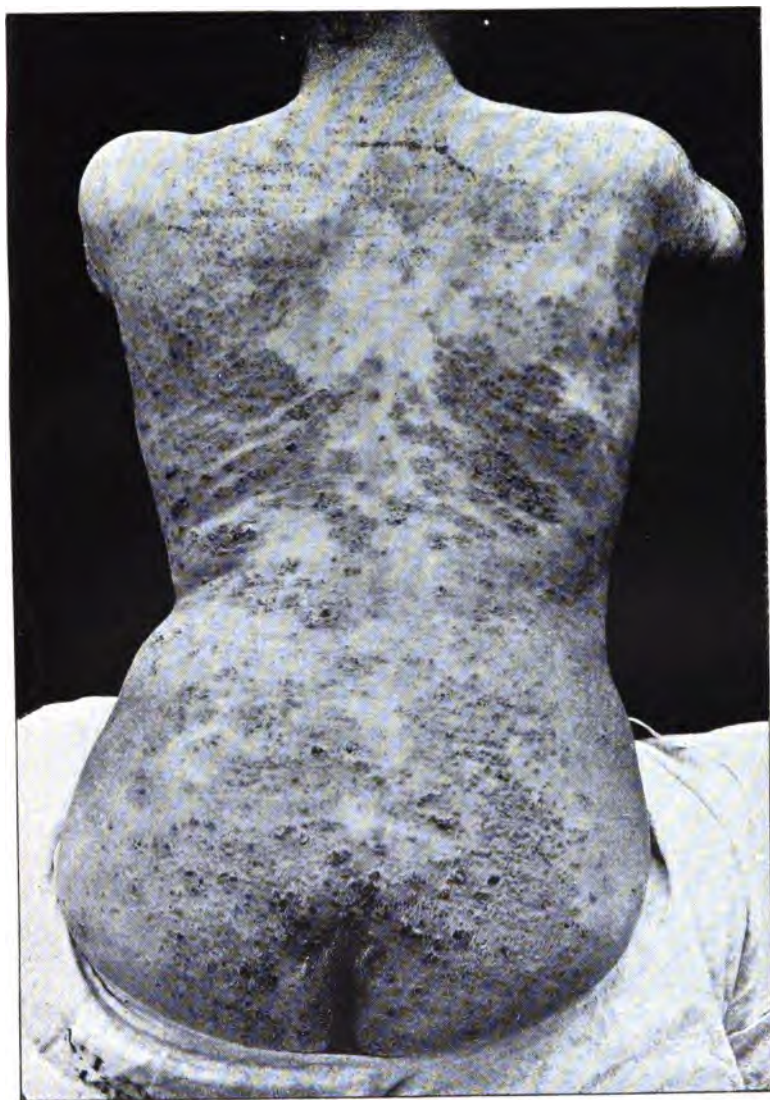


FIGURE V.



Sans doute, l'albuminurie a été assez fréquemment notée dans le cours de la dermatite que nous étudions et la malade que nous vous présentons a eu elle-même, pendant longtemps, 0,50 d'albumine par litre dans ses urines ; la fréquence de cette albuminurie plaiderait en faveur de l'existence d'une intoxication. Mais dans la plupart des intoxications gravidiques, les accidents s'amendent généralement vite et même disparaissent complètement après l'accouchement. Dans cette dermatose, au contraire, les lésions atteignent, dans la plupart des cas, leur summum d'acuité après la délivrance.

Enfin, tout en reconnaissant que, pour qu'une intoxication soit capable de produire une telle dermatite, il faut que la malade ait une prédisposition particulière, on ne peut s'empêcher de noter d'une part la fréquence des auto-intoxications gravidiques, d'autre part la rareté de la dermatite polymorphe.

La question reste donc bien obscure. Pour l'élucider, il faudrait, à défaut d'analyses du sang, connaître au moins par l'examen chimique des urines l'état physiologique des reins chez les femmes atteintes de dermatite polymorphe pendant la grossesse.

Déjà MM. Tenneson et Lyon, Thibierge, Fournier, Brousse, Julien, etc., ont publié quelques analyses desquelles il résulterait que l'excrétion de l'urée est moindre qu'à l'état normal chez les individus atteints de cette dermatite herpétiforme que nous savons exister en dehors de la grossesse et à laquelle la dermatose que nous étudions ici peut être si justement assimilée.

A. — Nous avons pensé qu'il serait utile d'étudier chez notre malade quel était, jour par jour, le chiffre de l'urée excrétée et de noter parallèlement l'état des lésions cutanées. Ces recherches nous ont conduit à des résultats intéressants qui sont résumés dans le tableau suivant (figure VI) dont la lecture nous paraît jeter un peu de lumière sur la question qui nous occupe.

La partie supérieure de ce tableau représente la courbe de l'urée depuis l'entrée de la malade à la maternité de l'hôpital Saint-Louis jusqu'à ce jour. La ligne horizontale qui sépare les chiffres 19 et 20 grammes représente la normale. C'est là un chiffre certainement inférieur à la réalité ; mais nous avons voulu tenir

compte de ce que notre malade était hospitalisée, se nourrissait mal, etc.

Or, une poussée très violente de dermatite a commencé trois jours après l'accouchement, c'est-à-dire le 5 décembre. L'urée a été dosée pour la première fois le 12 décembre. A ce moment, les lésions cutanées étaient fort aiguës, la malade n'excrétait que 11 grammes d'urée par jour ; les trois jours suivants, durant lesquels l'affection atteignit son point d'acuité le plus élevé, l'urée tomba même à 6 grammes, 6 grammes 1/2 par jour, bien qu'à ce moment la température fût relativement élevée (voyez courbe, planche VI). La période vraiment aiguë cessa vers le 20 décembre et jusqu'au 30 décembre il y eut une détente manifeste, le chiffre de l'urée sembla se relever et atteignit même un jour près de 17 grammes.

Le 30 décembre, une nouvelle poussée commence. On voit de suite le taux de l'urée baisser de nouveau pendant la première moitié de cette période et ne se relever que vers la fin.

Depuis le moment de l'accouchement jusqu'à la fin de cette seconde poussée, même pendant la période de détente que nous avons signalée, les plaques ne cessaient de succéder aux plaques et à tout moment apparaissaient des efflorescences de bulles plus ou moins nombreuses.

Une amélioration vraie ne commença que le 12 janvier. Sans doute, on vit encore de temps en temps de petites poussées, mais de moins en moins vives, comme s'éteignant d'elles-mêmes. Or, depuis cette époque, l'ensemble de la courbe de l'urée ne fait que se relever et malgré ses oscillations, elle reste presque constamment au-dessus de la normale, tandis qu'auparavant l'hypoazoturie était très marquée. Ajoutons qu'au moment où l'amélioration commença, nous pûmes observer une polyurie très marquée qui dura six jours.

B. — Bien que l'expérience nous ait appris que dans la généralité des cas, la courbe de la toxicité des urines est sensiblement parallèle à celle représentant les quantités d'urée excrétée, nous avons voulu rechercher directement quel était le pouvoir toxique des urines émises par notre malade.

Le 13 décembre, alors que l'urine était très pauvre en urée (8

grammes 98 pour un litre (la quantité d'urine émise en 24 heures étant de 710 grammes), nous avons, après filtration, injecté à un lapin de 2.300 grammes 650 grammes d'urine, l'animal résista et ne succomba que quelques heures plus tard.

L'hypotoxicité de l'urine était donc ici très manifeste. Le pouvoir toxique de l'urine s'est considérablement accru après le 12 janvier, quand la malade alla mieux.

Il semble que l'abaissement du taux de l'urée et du pouvoir toxique des urines ne puisse être attribué ici à un simple ralentissement de la nutrition, puisque la courbe représentant les quantités d'urée excrétée atteint son point minimum précisément au moment où il y a un peu de fièvre.

Il ne convient pas non plus d'accuser le régime alimentaire. On sait que le régime lacté chez la plupart des malades, abaisse considérablement le chiffre de l'urée excrétée. Or, chez cette femme, la courbe de l'urée, comparée à celle de l'alimentation, est, pour ainsi dire, paradoxale. Jusqu'au 7 janvier, la malade mangeait de la viande, etc., il y eut de l'hypoazoturie. A partir du 7 janvier, la malade fut mise au régime lacté absolu; le taux de l'urée s'éleva de suite et en même temps la dermatite s'améliorait.

Une corrélation bien manifeste semble donc exister dans le fait que nous vous présentons entre les poussées de dermatite et un abaissement notable du taux de l'urée. C'est le seul fait que nous voulions enregistrer.

Il serait intéressant de poursuivre ces recherches afin de déterminer ici si ce phénomène est constant. S'il en est ainsi; s'il est vrai, d'une part, qu'un abaissement notable du taux de l'urée excrétée, qu'une diminution de la toxicité urinaire survenant en dehors de tout ralentissement de la nutrition indiquent que les toxines qui devraient normalement s'éliminer par les reins s'accumulent dans le sang; s'il est vrai qu'une élimination d'urée et de toxine plus abondantes survenant à la suite de l'emploi de certains diurétiques, et notamment, du lait est la preuve du rétablissement de la fonction rénale et par suite une présomption en faveur d'une auto-intoxication préexistante; s'il est acquis, d'autre part, que les affections bulleuses de la peau sont incapables d'altérer par elles-mêmes le bon fonctionnement du

rein et de conduire précisément à cet abaissement du taux de l'urée que nous avons constaté ; s'il était avéré que cette dermatite ne se développe pas sous l'influence d'une cause supérieure conduisant en même temps à ce trouble de la fonction urinaire, il faut reconnaître que bien des arguments plaideraient pour l'origine toxique de la dermatose que nous étudions.

Aujourd'hui, il est encore impossible de se prononcer.

Que la dermatite polymorphe prurigineuse récidivante chez les femmes enceintes et accouchées, naisse sous l'influence du système nerveux ou qu'elle soit le résultat final d'une intoxication, elle est une complication sérieuse de la grossesse et comporte un pronostic réservé.

Elle n'a jamais entraîné la mort et, pendant le cours même de la maladie, on n'observe pas de symptômes généraux graves ; mais les malades privées de sommeil, épuisées par un prurit constant, se nourrissent mal, ont un état général au moins médiocre qui, dans les cas où les poussées se succèdent longtemps avec une ténacité désespérante, ne laisse pas de devenir assez inquiétant.

Ajoutons que s'il est des cas bénins qui disparaissent vite après l'accouchement, on ne peut s'empêcher de tenir compte de la facilité avec laquelle se font les récidives et de l'aggravation de la maladie à chaque atteinte nouvelle, même dans les cas où les lésions semblaient à l'origine être fort légères. On sait qu'après plusieurs récidives, la maladie peut devenir permanente ou tout au moins durer un fort long temps, une année par exemple et même beaucoup plus. Pour toutes ces raisons, le pronostic doit être réservé.

Nous n'avons rien dit du traitement. Nous nous sommes bornés, dans le cas présent, à entourer les parties malades de compresses de tarlatane imbibées d'eau boriquée et fréquemment renouvelées. Le régime lacté a paru nous donner un bon résultat ; mais il a été employé à une période où la maladie semblait déjà être en décroissance.

M. BRINDEAU. — **Oblitération du duodénum.** — *Observation prise dans le service de M. BUDIN, à la Maternité.* — Duodénum d'un enfant pesant 2,500 grammes, amené dans le service des débiles le lendemain de sa naissance. Il nous a été impossible d'avoir aucun renseignement sur les antécédents de l'enfant et des parents.

Cet enfant paraissait bien constitué, mais ce qui frappait tout d'abord c'était le volume du ventre qui était considérable. Il existait en outre de la circulation supplémentaire. A la percussion l'abdomen était très sonore et la matité du foie ne dépassait pas les fausses-côtes, cet organe était refoulé dans la cavité thoracique par l'intestin distendu.

L'enfant était cyanosé, sa température était de 30° dans le rectum. Il avait en outre du sclérème des membres inférieurs et de l'œdème sus-pubien. Il était en somme en très mauvais état à son entrée. On essaie de faire boire l'enfant, mais il vomit continuellement un liquide jaunâtre ressemblant à des matières fécales de nouveau-né. A aucun moment il n'a rendu de méconium ou de matières par l'anus.

On pose le diagnostic d'obstruction intestinale.

Une sonde introduite dans le rectum nous permet d'assurer que l'obstacle ne siège pas sur cette portion terminale de l'intestin. L'enfant meurt le surlendemain ayant vécu 3 jours.

A l'autopsie dès que l'abdomen est ouvert on se trouve en présence d'une anse intestinale tellement dilatée qu'elle remplit complètement cette cavité. En examinant les viscères l'on voit que cette anse est formée par le duodénum considérablement distendu.

L'estomac est horizontal et légèrement dilaté.

La portion d'intestin qui lui fait suite est d'abord dirigée obliquement en bas et à droite, puis elle se recourbe de façon à prendre une direction inverse en haut et à gauche.

L'extrémité du duodénum est imperforé. C'est cet intestin que nous présentons. Il présente une longueur de 20 cm. environ, son diamètre est de 12 centimètres.

L'extrémité supérieure se continue avec l'estomac, l'extrémité inférieure est complètement imperforée.

Le canal cholédoque et le canal pancréatique s'ouvrent nor-



malement dans la cavité de cette poche. Le contenu est constitué par un liquide jaunâtre formé par du lait à moitié digéré.

L'autre portion de l'intestin grêle présente également des malformations. Une faible partie de ce viscère est rattaché à la colonne vertébrale par le mésentère, tout le reste est enroulé en pas de vis et flotte dans la cavité péritonéale. L'extrémité supérieure qui devrait se continuer avec le duodénum est très mince et se termine en pointe. Elle est également imperforée. Le gros intestin est normal.

Tout le bout inférieur est rétracté. Il contient un peu de matière pâteuse, mais n'ayant pas la couleur verte du méconium.

Les autres organes ne présentent rien de particulier. Le foie est cependant petit et jaune.

Cette observation d'oblitération de l'intestin grêle nous paraît intéressante :

1° Par sa rareté. Cependant cas de Crooks, Luton, Emerson, Thérémis, Porak et nous-même en avons publié une cette année ;

2° par son siège.

Toujours aux deux extrémités de l'intestin grêle ;

3° par son mode de production.

Nous nous demandons à quelle cause il faut attribuer cette oblitération ? on admet aujourd'hui généralement que c'est l'artère mésentérique qui, en se développant, coupe l'intestin en deux parties.

#### DISCUSSION SUR LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE :

M. GENDRON. — **Statistique de petite chirurgie gynécologique.** — Après avoir suivi avec le plus grand intérêt la communication de M. Petit, je viens, à mon tour, apporter la statistique de mes opérations de petite chirurgie gynécologique.

J'ai pratiqué cinquante-neuf (59) curettages, souvent associés à des interventions plastiques, trente et une (31) amputations du col, quatorze (14) élythrorrhaphies antérieures et trente-cinq (35) périnéorraphies.

Le chiffre peu élevé des curettages tient à ce que, dans les cas d'intégrité du col et du vagin, j'ai le plus généralement donné la préférence à l'écouvillonnage que j'ai appliqué quatre-vingt-dix-huit fois (98).

A propos de l'écouvillonnage, je ne ferai que rappeler ma note du 9 octobre 1890.

Les cinquante-neuf curettages se répartissent de la façon suivante :

- 6 épithéliomas ;
- 9 métrites post-partum ou abortum ;
- 5 métrites hémorrhagiques ;
- 21 métrites sans lésions péri-utérines ;
- 18 métrites avec lésions péri-utérines.

1° *Epithéliomas*. — Je cite pour mémoire les 6 cas d'épithélioma : c'est un sujet sur lequel il y aurait beaucoup à dire ; le mieux, semble-t-il, est d'avouer que les résultats ne sont pas brillants et qu'il y a certainement autre chose à trouver comme traitement palliatif de cette affection.

2° *Métrites post-partum ou abortum*. — Je les divise en deux groupes. Dans le premier, trois cas : les métrorrhagies persistaient depuis l'accouchement ou l'avortement qui avait eu lieu deux mois, quatre mois et cinq mois auparavant. Il s'agissait de gros utérus en subinvolution, dont l'un mesurait même 13 centimètres à l'hystéromètre. Guérison rapide, après le curettage.

Le deuxième groupe comprend six cas, avec rétention de membranes ou de débris placentaires.

Je rapporte trois observations.

OBSERVATION I : Mme P., âgée de 25 ans, m'est amenée à mon cabinet dans un état de faiblesse extrême. Elle vient d'accoucher il y a quelques semaines et présente un écoulement purulent abondant de l'utérus. La vulve, le vagin, tout le col sont d'un rouge vif. L'examen est très douloureux.

Après un traitement de quinze jours par les injections antiseptiques, le curettage est pratiqué au domicile de la malade, dans la banlieue de Melun, le 8 juin 1890. Le docteur M., de Me-

luu, donne le chloroforme. Les premiers coups de curette ramènent de gros débris placentaires, parfaitement reconnaissables macroscopiquement. Suites normales.

Un mois plus tard, la malade vient me voir. Son état général est bon ; mais elle a été évidemment infectée par des examens et des pansements plus fréquents qu'il n'était nécessaire : le museau de lanche, qui a pourtant bon aspect, laisse échapper un peu de muco-pus.

Il n'y a plus de vaginite.

Quelques badigeonnages intra-utérins au phénol iodé, à huit jours d'intervalle, ont rapidement raison de cette petite récidue.

J'ai revu cette jeune femme en août 1891 ; l'état local est normal et l'état général parfait.

La santé s'est maintenue bonne, d'après les nouvelles qui m'en ont été données à différentes reprises.

OBSERVATION II. — Madame G., âgée de 32 ans, petite femme brune, bien portante habituellement ; mariée à 19 ans. Premier enfant à 22 ans : déchirure incomplète du périnée (enfant 6 heures à la vulve) ; deuxième enfant à 27 ans. Ne se savait pas enceinte ces derniers temps, les règles étant régulières.

Pourtant les seins avaient augmenté de volume et laissaient écouler un peu de liquide.

Se trouve mal, étant en promenade, est forcée de prendre une voiture pour rentrer chez elle. Hémorrhagie, accompagnée de douleurs et expulsion d'un fœtus de trois mois et demi environ. Le docteur T. extrait, le 21 août, au moyen de la pince à faux germes, des débris placentaires. Fièvre, frisson, lochies odorantes.

Je vois la malade à 9 heures et demie du soir le 29 août 1891. Température 39°9. Curettage immédiat. Le chloroforme est donné par le docteur T.

La curette ramène un morceau placentaire de la grosseur d'une prune et plusieurs petits débris.

Ecouvillonnage à la glycérine créosotée, tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée.

Le lendemain matin 37°2.

La gaze iodoformée est expulsée spontanément et le surlende-

main au soir, le thermomètre remonte à 38°. Injections intra-utérines. Rétablissement complet en une semaine.

J'ai reçu de bonnes nouvelles de cette femme tout récemment.

OBSERVATION III. — Mademoiselle G., âgée de 32 ans, grosse fille blonde pesant 210 livres, de très bonne santé habituelle. Bien réglée, varices très prononcées aux jambes ; nullipare.

Appelé auprès d'elle le 3 février 1893, je la trouve couchée, assez pâle. Elle raconte que ses règles, à peine marquées le mois précédent, sont venues à époque fixe, mais avec une abondance inusitée, et cela depuis trois jours. Elle se sent très affaiblie. Prescription : injections chaudes et potion à l'ergotine.

Le sang s'arrête dans la journée, mais reparait avec violence la nuit, et, à ma visite du matin, je trouve une femme absolument exsangue, ayant syncopes sur syncopes et des bourdonnements d'oreille continuels.

Après l'avoir remontée avec un peu d'alcool, je la fais placer doucement en travers du lit, et par le toucher j'arrive sur un col complètement effacé et dilaté au point de recevoir deux doigts ; mais, aussi haut que je puis remonter, l'utérus me paraît vide.

L'hémorrhagie était arrêtée. Néanmoins, je pratique un tamponnement méthodique à la gaze iodoformée.

Deux jours plus tard, le tampon est retiré. Arrivant à travers le col sur des débris placentaires, j'en pratique immédiatement l'extraction à la pince ; la masse extraite est du volume de la moitié du poing.

Injection intra-utérine au sublimé, et, par précaution, nouveau tamponnement antiseptique.

Le lendemain, 7 février 1893, curettage qui ne ramène que des débris filamenteux, écouvillonnage et lavage de la cavité utérine. Le chloroforme est donné par le docteur P.

Température normale les trois jours suivants ; mais ensuite le thermomètre monte le matin à 38° et le soir aux environs de 39°.

Aussi le 12 février, cinq jours après le curettage, le col, qui s'était refermé complètement, est dilaté avec le Sims ; écouvillonnage à la glycérine créosotée et lavage au sublimé. Jamais l'écoulement n'avait été odorant.

Injection intra-utérine et simplement vaginale, les jours suivants, à l'acide phénique à 2 %.

La température reste à 38° le soir, et pendant encore quelques jours; elle redevient normale le 18 février, 11 jours après le curettage.

Convalescence un peu entravée par une poussée de phlébite survenant dans chaque jambe. La malade se lève le 1<sup>er</sup> mars et part le 15 à la campagne.

Aujourd'hui sa santé est bonne.

3° *Métrites hémorrhagiques*, au nombre de cinq, ne présentant rien de bien remarquable. Il s'agissait de femmes de 37, 39, 40, 47 et 51 ans. Une seule, la plus jeune, n'avait jamais eu ni enfant, ni fausse couche. Chez les autres, le dernier enfant ou la dernière fausse couche depuis plusieurs années, huit ans pour le temps le plus rapproché. Toutes ont guéri; la guérison date de 1890 pour trois malades, de 1891 pour la quatrième et de 1894 pour la dernière.

Chez d'eux d'entre elles, les symptômes concomitants avaient fait penser à un néoplasme intra-utérin; et le curage, qui avait surtout été pratiqué en vue d'un examen microscopique, d'ailleurs négatif, fut en même temps explorateur et curateur.

Dans un autre cas, la curette ramena une assez grande quantité de fongosités polypiformes, dont plusieurs de la grosseur d'une cerise.

4° *Métrites sans lésions péri-utérines*, 21 cas, dans lesquels il existait une leucorrhée plus ou moins abondante et purulente; le curettage a toujours été combiné à des opérations plastiques sur le col, le vagin ou le périnée, dans le but de restaurer un col soit hypertrophié, soit largement déchiré, ou dont l'ectropion avait résisté aux traitements antérieurs, ou bien encore de combattre un changement de position de l'utérus, souvent compliqué de cystocèle, de rectocèle et de déchirure, d'avachissement du périnée.

Trois fois, j'ai eu à pratiquer l'ablation de polypes du méat urinaire, qui causaient de la dysurie. Je rapporte même, en raison des accidents sérieux qui existaient, une observation où cette ablation fut l'opération principale.

Le résultat de ces interventions multiples fut généralement favorable.

Dans tous les cas, la leucorrhée fut supprimée, ainsi que toute sensation de douleur et de gêne du côté du bassin. Chez deux femmes seulement, le soulagement ne fut pas complet : l'une souffrait d'un rein flottant et la seconde était une neurasthénique.

Une fois, la curette ramena des masses à l'aspect de sarcome, mais que le microscope démontra être du tissu fibreux. Je rapporte cette observation à la suite de celle du gros polype du méat. J'y joindrai un cas type et comme indication opératoire et comme résultat définitif.

OBSERVATION IV. — Madame B., âgée de 32 ans, mariée depuis cinq ans, deux enfants. Couches pénibles, la dernière, il y a 18 mois (fièvre, hémorrhagie). Malade depuis cette époque. Bien réglée, douleurs dans le ventre, mais surtout au côté gauche et aux reins. Leucorrhée abondante, muco-purulente ; constipation ; utérus un peu abaissé : 8 centimètres à l'hystéromètre. Col gros, déchiré largement à droite.

Le 14 août 1890, écouvillonnage.

Cette petite opération amène un soulagement notable et arrête la leucorrhée.

Quelques mois plus tard, contre les douleurs qui reparaissent, sont pratiquées quelques scarifications du col toujours gros.

Enfin la malade, souffrant de plus en plus et les règles devenant rapprochées et abondantes et, en dernier lieu, sous forme de véritables hémorrhagies, on opère le 24 juin 1891.

La cavité utérine ne mesure plus 8 centimètres, mais bien 12 centimètres. Le curettage ramène de gros morceaux blanchâtres, dont l'examen ultérieur montre la nature (fibro-myome) : le néoplasme siège et est étalé à la paroi postérieure surtout. Très large excision du col, par le procédé de Shröder. Périnéoplastie par le procédé de Doléris. Rien de particulier dans les suites, si ce n'est un suintement sanguin manifeste les trois premiers jours. Le docteur P. donne le chloroforme.

Le 20 juillet, la guérison est complète et constatée ; très bon périnée.

Le 10 août, examen au spéculum : col absolument normal, cavité utérine 6 cent. 1/2.

J'ai souvent des nouvelles de la malade, dont la santé est parfaite.

OBSERVATION V. — Madame P., 36 ans. Réglée à 16 ans, sans particularité à part un peu d'anémie ; mariée à 24 ans ; deux ans plus tard un enfant à terme, couche pénible : hémorrhagie abondante, fièvre ; assez longue à se relever ; de temps en temps mé-norrhagies.

Malade depuis cette époque : douleurs surtout au bas-ventre et à droite, et un peu aux reins. Leucorrhée épaisse et assez abondante, sensation de pesanteur, anémie. Bien réglée pourtant.

Soignée par le Dr B., il y a cinq ans, puis par le docteur de F., il y a un an, régulièrement pendant six mois : dans ces deux traitements, cautérisations au crayon de nitrate d'argent.

Déchirure du périnée 1<sup>er</sup> degré. Rectocèle et surtout cystocèle. Col dur et douloureux à noyaux fibreux, un peu de prolapsus, 7 cent. 1/2. Rien aux annexes.

19 septembre 1891. Curettage, Shrøder, élythrorrhaphie antérieure, et périnoplastie étendue, d'après le procédé de Doléris.

Suites normales. Le chloroforme est donné par le docteur V.

L'opérée, qui souffrait de gastralgie depuis longtemps, peut de suite boire du vin sans le vomir.

Le 1<sup>er</sup> octobre, règles très peu abondantes, va tout à fait bien.

Le 1<sup>er</sup> novembre, règles normales.

Ni leucorrhée, ni pesanteur, garde bien ses urines, ce qui n'arrivait pas auparavant ; plus de cystocèle.

Le col n'est plus douloureux au toucher et se trouve à huit centimètres environ de la vulve, qui présente un périnée épais et de 5 centimètres de hauteur.

L'estomac va tout à fait bien.

Sa santé est restée très bonne, ainsi que j'ai pu m'en assurer moi-même, recevant de temps en temps la visite de mon ancienne malade.

OBSERVATION VI. — Madame C., 60 ans, femme maigre, dys-peptique, atteinte d'eczéma à forme sèche sur différentes parties

du corps (cuisses, aisselles, etc.), mais, en somme santé habituelle assez bonne. Trois enfants à 25, 32 et 35 ans.

Depuis plusieurs mois, souffrait en urinant et éprouvait des douleurs au niveau de la vulve, surtout dans la position assise. Lorsque je vis la malade, elle arrivait de Bretagne, où elle avait passé trois semaines très souffrante, et son voyage de retour avait contribué à rendre sa situation intolérable nuit et jour, si bien qu'elle se décide enfin à se faire examiner.

Je constate à la partie inférieure de l'orifice urétral un énorme polype vasculaire de la grosseur de l'extrémité du pouce ; les urines ne sont qu'une boue purulente.

Déchirure du périnée au 1<sup>er</sup> degré et descente moyenne de l'utérus, dont le col est soudé par des adhérences solides à la paroi vaginale postérieure ; le museau de tanche laisse échapper des glaires jaunâtres. Cystocèle.

Opération le 23 novembre 1891. Le chloroforme est donné par le docteur P. — Ablation au bistouri du polype, dont l'insertion se prolonge sur la paroi postéro-droite de l'urèthre sur une longueur de 1 cent. et demi environ, ce qui fait qu'il existe dans le canal même une portion de la tumeur égale à la moitié environ de la partie extérieure visible. Toute la base d'implantation est soigneusement cautérisée au Paquelin. Hémorrhagie insignifiante.

Curettage de l'utérus, large élythrorrhaphie antérieure pour remédier à la cystocèle.

Je ne fais rien au périnée, à cause de la soudure solide du col à la paroi postérieure du vagin, et d'ailleurs, il n'y a pas de rectocèle.

Examen histologique par le docteur H.

La surface de la tumeur est constituée par une couche d'épithélium pavimenteux stratifié ; au centre tissu conjonctif avec quelques fibres élastiques : on y remarque surtout un grand nombre de capillaires et de glandes.

Débris de la muqueuse utérine : ils contiennent un stroma formé d'éléments embryonnaires, avec des glandes dilatées, dont un grand nombre ont conservé leur épithélium.

La sonde à demeure est retirée au bout de 48 heures et, à part un sondage pratiqué dans la nuit du 3<sup>e</sup> jour, la miction se fait bien et sans trop de douleurs.



Lavages de la vessie à l'eau boriquée tiède deux fois par jour.  
Les urines restent purulentes

A partir du 12 décembre, lavage au nitrate d'argent à 1 p. 500 tous les deux jours, puis tous les jours de 23 à 27. On espère de nouveau les lavages et la guérison est définitive dans les premiers jours de janvier, les urines sont limpides et normales. Le retour à la santé a été définitif depuis cette époque.

5° *Métrites avec lésions péri-utérines.* J'aborde enfin la catégorie certainement la plus importante, qui comprend 18 cas, dans lesquels il s'agissait de lésions suivantes toujours douloureuses : cordon fibreux ou noueux, ou en forme de boudins, masses plus ou moins volumineuses et rénitentes ou dures, empâtements, etc.

Sur les 18 femmes traitées, 14 sont en excellente santé et l'opération date de 1891 pour 5, de 1892 pour 6, de 1893 pour 2 et de 1894 pour la dernière.

Des quatre autres, une opérée en juillet 1893 est devenue enceinte presque immédiatement et a succombé, deux mois après son accouchement, à une tuberculose pulmonaire subaiguë.

Une seconde, opérée en mars 1892, a subi une laparotomie en juillet de la même année : cette femme continue à souffrir.

Enfin, deux malades ont été perdues de vue, et je ne puis fournir de renseignements à leur sujet.

Toutes les fois que le col présentait des lésions, il a été amputé et les opérations plastiques nécessaires ont été pratiquées sur le vagin ou le périnée.

Trois fois, au curettage on a associé simplement une incision bilatérale du col.

Dans 8 cas, l'opération a été précédée d'une dilatation de plusieurs jours à la laminaire et à l'éponge, et d'un drainage à la gaze iodoformée.

Je vais rapporter trois de ces observations.

OBSERVATION VII. — Madame G., âgée de 34 ans. Régliée à 16 ans 1/2. Comme particularité, douleur au début et quelques retards de un à deux mois. Mariée à 22 ans. Un enfant à terme 9 mois plus tard. Un an après l'accouchement (il y a 10 ans)

fausse couche de quelques semaines : expulsion de l'œuf après dix jours d'hémorrhagie.

Soignée pendant plusieurs années pour une ulcération du col : cantérisations et tampons. Amélioration.

Depuis cinq mois environ, recommence à souffrir à gauche, où existait la douleur antérieurement, et surtout au moment des règles.

Je l'examine pour la première fois le 20 mars 1892. Antéflexion et un peu de prolapsus, l'hystéromètre ne peut être introduit. Culs-de-sacs latéraux empâtés et douloureux, surtout à gauche. Col érodé. Leucorrhée peu abondante.

Grande femme amaigrie, anémiée et dyspeptique, dont l'examen est difficile (vaginisme).

Traitement local par les injections antiseptiques et des attouchements de l'orifice du col à la glycérine créosotée, administration de toniques et de médicaments contre les troubles digestifs.

Aucune modification ne se produisant, le malade entre à la clinique le 7 mai 1892.

Trois applications successives de laminaire, puis de deux éponges préparées et enfin tamponnement et drainage de la cavité utérine avec une mèche de gaze iodoformée. A deux jours d'intervalle. Opération le 17 mai 1892. Sous le chloroforme, constatation à droite (où la malade ne souffrait pas beaucoup) d'une masse de la grosseur d'un œuf, et d'un cordon collé à cette masse; à gauche, ovaires et trompe, triplées de volume, mais libres. A l'hystéromètre 9 centimètres.

Curettage, Shroeder et introduction d'un drain en caoutchouc rouge. Le docteur V. donne le chloroforme.

Au réveil, grande attaque hystérique de deux heures de durée.

Suites normales, si ce n'est un peu d'embarras gastrique le surlendemain, et qui cède d'ailleurs à une purgation.

Le 5<sup>e</sup> jour, le drain est retiré et, après injection, un peu de gaze iodoformée est introduit dans la cavité vaginale.

Le 1<sup>er</sup> juin, règles peu abondantes, durant 48 heures, avec quelques légères douleurs dans le ventre.

Sort le 7 juin 1892, allant très bien.

Examinée le 20 juillet suivant, état local et général parfaits.

Depuis cette époque, cette femme a toujours eu une santé excellente et n'a plus jamais souffert ni de l'intestin, ni du ventre.

OBSERVATION VIII. — Madame D., âgée de 27 ans. Mariée. Régée à 15 ans. Jamais malade. A 22 ans, un enfant mort-né, de 8 mois environ.

Suites de couches normales et rétablissement rapide. A 24 ans, enfant à terme, couche très facile (D<sup>r</sup> L.).

Commence à être souffrante un an plus tard, vers le commencement de 1889. Douleurs au bas-ventre et sur les côtés; leucorrhée abondante, épaisse, un peu jaunâtre.

Les règles, peu abondantes, viennent à époque fixe et sans douleur. Traitement du docteur L. Injections chaudes, applications sur le col de teinture d'iode, pansements vaginaux pendant trois mois. Ceinture abdominale, pessaire de Sims.

Un peu d'amélioration pendant quelque mois; mais les souffrances reparaissent et la malade entre à Necker en juin 1890; M. C. lui fait un curettage et, dans la même séance, ouvre un kyste de la paroi antérieure du vagin, dont la cavité est bourrée de gaze iodoformée.

Le 1<sup>er</sup> août 1890, le docteur C. fait, de plus, une périnéorrhaphie.

Pendant six mois, la malade est à peu près bien.

En avril 1891, elle vient me consulter. Je constate : Rétroversion. Hystéromètre 7 centimètres; les annexes sont prolabées des deux côtés, mais surtout à droite, où l'on sent un cordon gros, dur, sinueux et assez douloureux au toucher.

Col déchiré à gauche jusqu'à l'insertion vaginale, ectropié, érodé. Leucorrhée jaunâtre.

Toujours bien réglée, mais la santé générale s'altère.

Je fais deux fois des scarifications du col; elles n'amènent qu'un soulagement temporaire.

Le 14 août 1891, curettage et Shroeder. Cette dernière opération est difficile à cause de l'étroitesse de la vulve due à la périnéorrhaphie antérieure et à l'abaissement incomplet de l'utérus. Le docteur F. donne le chloroforme. Suites normales.

Le 5 octobre, douleurs violentes dans la nuit.

Le matin, j'introduis l'hystéromètre, qui pénètre sans difficulté à 6 centimètres. Ecoulement d'un peu de sang noir. Les douleurs cessent, règles normales sans douleur pendant trois jours.

Le 2 novembre retour des règles.

Mais continuation des douleurs du ventre. Les injections chaudes prolongées sont prescrites; en juin 1892, complètement guérie, madame D. a pu reprendre sa profession de polisseuse.

La guérison s'est maintenue depuis. J'ai eu occasion de voir et d'examiner le malade encore tout dernièrement : le toucher ne cause plus de douleur, et l'on ne sent rien dans les culs-de-sacs.

OBSERVATION IX. — Madame G., âgée de 28 ans. A 20 ans, un enfant à terme. Accouchement excessivement rapide. Après 11 jours, sort en voiture. Douleur subite, qui la force à reprendre le lit. Un médecin constate une rétroversion.

Soignée pendant plusieurs mois au moyen de tampons glycerinés, puis application d'un pessaire Gariel, qui est porté, d'une façon continue, pendant deux ans. Très peu de soulagement.

La malade vient me consulter le 24 mars 1891.

Utérus en rétroversion et commencement de prolapsus. On sent les ovaires, surtout le gauche, qui est prolabé, augmenté de volume et douloureux. Cystocèle et rectocèle, leucorrhée jaunâtre, hystéromètre 6 cent. 1/2.

Traitement : injection chaude et pessaire de Hodge en aluminium.

La malade s'habitue au pessaire et se déclare assez bien au bout de 15 jours.

En septembre 1891, fausse couche de six semaines environ à Aix-les-Bains. Pelvi-péritonite diagnostiquée. Lochies fétides ; deux mois au lit.

Au commencement de 1892, je revois la malade, qui souffre beaucoup, surtout à gauche. Le pessaire n'est plus supporté. La rétroversion et surtout le prolapsus augmentent : l'ovaire gauche est de plus en plus douloureux et augmente de volume, 7 centimètres et demi à l'hystéromètre.

25 février 1892. Curettage ramenant des débris de muqueuse

épaissie et un peu fongueuse. Shrøder, élythrorrhaphie antérieure et colpopérinéorrhaphie. Sur les instances de l'opérée les deux fils inférieurs sont retirés le 5<sup>e</sup> jour, les trois supérieurs le 8<sup>e</sup> jour.

Le 10<sup>e</sup> jour se gratte au point d'avoir un eczéma artificiel, un œdème considérable des petites lèvres. Malgré tout, la suture périnéale tient bien : aucun point n'a cédé.

Madame G. continue à souffrir encore à gauche pendant quatre à cinq mois ; mais, sous l'influence des injections chaudes prolongées, les douleurs ont fini par disparaître complètement.

Au toucher, on ne trouve plus les ovaires et on ne cause plus de douleur. L'utérus est en position normale et sans prolapsus.

Je désire terminer cet exposé rapide des résultats que j'avais à présenter par quelques réflexions et indications. Tout d'abord je dois déclarer que je suis loin d'avoir abandonné le traitement ancien purement médical. Aux malades, que je vois pour la première fois, il est bien rare que je conseille une opération immédiate.

Par des moyens simples et appliqués avec persévérance, tous les médecins enregistrent chaque jour de beaux et nombreux succès, dont je pourrais augmenter la liste, en rapportant plusieurs observations ou de larges érosions du col ont disparu en quelques semaines, des empâtements douloureux se sont fondus ; et l'on assiste alors à la libération progressive des organes englobés par des adhérences, le retour intégral à l'état normal étant assez souvent obtenu.

Entre autres traitements, j'attache une importance considérable dans les inflammations péri-utérines, aux injections chaudes prolongées selon la méthode d'Emmet.

Ce n'est qu'après un essai sérieux pendant au moins six semaines à deux mois que je parle d'intervention, lorsque les symptômes morbides persistent.

La dilatation avec les laminaires et les éponges, suivie de drainage à la gaze iodoformée, est évidemment d'une application très rationnelle.

Mais je trouve à cette méthode de graves inconvénients, et devant les résultats que j'ai obtenus par le curetage immédiat, après une dilatation extemporanée avec le Sims, sous chloro-

forme, j'ai une grande tendance à l'abandonner presque complètement.

Tout au plus la réserverai-je pour les cas où il existe de l'atrésie de l'orifice interne et où l'hystéromètre pénètre difficilement. Mais ces cas sont exceptionnels, la cavité utérine étant le plus généralement béante, lorsqu'elle est enflammée.

En effet, l'application des tiges et des éponges et le tamponnement de la cavité utérine exige des manœuvres répétées et supportées difficilement chez des femmes déjà énervées par les souffrances dues à leur maladie.

Bien plus, le séjour de la tige ou de la gaze cause parfois de violentes crises de douleurs avec vomissements, réclamant des piqûres de morphine. Même après le curettage et l'amputation du col, je n'introduis plus dans l'orifice que la petite extrémité de la mèche io doformée vaginale : deux fois il m'est arrivé, après avoir tamponné légèrement l'utérus, d'être obligé le soir même d'une intervention, de défaire mon pansement, à cause des douleurs réellement effroyables dont souffraient les opérées.

Je n'ai rien de particulier à dire du curettage que je fais toujours suivre d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée, remplaçant généralement ce dernier médicament par du phénol iodé, dans les cas de métrite hémorrhagique, mais je m'arrêterai un instant sur l'amputation du col, que je considère comme une excellente opération, lorsqu'elle est pratiquée d'après certaines indications bien nettes.

Toutes les fois qu'une érosion du col a résisté aux attouchements modificateurs, si le curettage est seul pratiqué, c'est aller sûrement au devant d'un échec. La cavité utérine aura beau avoir été grattée dans tous les sens et brossée par l'écouvillon, la métrite reparaitra certainement, la matrice étant de nouveau infectée par cette érosion qui persiste.

Le curettage devient alors une opération incomplète. Mais c'est surtout dans les lésions péri-utérines que la restauration intégrale d'un col fongueux, largement déchiré ou simplement hypertrophié a une importance primordiale, car la plus petite lésion entretient l'état inflammatoire des annexes par un apport incessant des germes soit par la muqueuse utérine, soit par les

vaisseaux lymphatiques : c'est une porte d'entrée qu'il faut supprimer.

Et alors, les lésions péri-utérines, en voie de régression, ne recevant plus de l'extérieur aucun germe, pourront plus facilement s'éteindre sous l'influence des soins consécutifs à l'opération.

L'amputation du col est aussi indiquée, lorsque l'utérus mesure une trop grande profondeur avec prolapsus, compliqué souvent de rétroversion. En enlevant un à deux centimètres du col, on l'éloigne de la vulve, et cet utérus allégé va remonter, d'autant plus que l'opération donne un coup de fouet pour en activer l'involution.

Le procédé que j'emploie de préférence est le Shrøder ; mais cette opération n'est pas sans présenter certaines difficultés dans quelques cas.

Nous trouvons là sans doute une explication partielle à l'abandon et à l'oubli dans lesquels certains chirurgiens tentent de le laisser.

Quant au reproche d'engendrer consécutivement des atrésies, il est immérité ; jamais, pour notre part, nous n'avons eu à remédier à cet accident. L'amputation du col, pratiquée avec soin, donne pour résultat, quelques semaines plus tard, un col absolument normal comme aspect, et sans aucune trace de l'opération.

Dans deux cas, nous avons pratiqué l'amputation du col pour tumeur. Voici sommairement ces deux observations.

Dans le 1<sup>er</sup> cas la lèvre inférieure ectropiée se prolongeait pour constituer une tumeur de 6 centimètres environ, faisant saillie à la vulve : il s'agissait d'une masse de tissu fibreux.

Dans le 2<sup>me</sup> cas, apparition aussi à la vulve d'une saillie, constituée par une masse polypiforme, provenant de la face interne, de la lèvre inférieure et de la grosseur du pouce : c'était un gros kyste.

M. CH. FOURNEL. -- Je ne suivrai pas mon excellent collègue M. Petit dans toute l'étendue de sa très intéressante communication. Je n'ai pas, surtout, la prétention de passer en revue toute la « thérapeutique intra-utérine ». C'est un champ telle-

ment vaste, surtout si, comme l'a fait notre collègue, on fait entrer en ligne de compte les cas puerpéraux, qu'il nous faudrait passer en revue une bonne partie de la gynécologie et de l'obstétrique ; et ce n'est assurément pas le désir de la Société.

Je laisse de côté le cancer utérin. Celui-ci ne me paraît pas plus que les cas puerpéraux être du domaine de la discussion actuelle. Assurément, pour le cancer inopérable, on se sert d'instruments appelés « curettes » ; mais fait-on une opération analogue au curettage-type, au curettage pour métrite par exemple ? En aucune façon. On se sert de la curette pour déblayer, au grand bénéfice de la malade, le terrain génital des productions septiques qu'elle résorbait en s'empoisonnant elle-même. Très souvent, le plus souvent, cette action de déblayage par la curette se passe en dehors de la cavité utérine ; on n'atteint celle-ci que secondairement alors qu'après avoir enlevé par copeaux friables et sanieux tout le col malade on arrive à l'utérus dont on ne laisse bien souvent qu'une véritable écorce péritonéale. Les résultats sont aussi bons que peut les donner une opération palliative ; l'état général se relève pendant quelque temps. Mais passons, ce n'est pas là que gît le grand intérêt de la discussion présente ; il n'y a pas, je crois, sur ce point de contestations.

Reste la thérapeutique intra-utérine en tant qu'on l'applique aux lésions inflammatoires et infectieuses de l'utérus, et aux lésions péri-utérines en dehors de la puerpéralité, c'est-à-dire en dehors d'une période de six semaines au moins après l'accouchement.

Pour les lésions purement utérines, y a-t-il lieu de discuter ? Parmi nos collègues de cette Société beaucoup de voix s'élèveront-elles pour dire qu'on guérit un utérus malade sans y entrer ? Je ne le crois pas. Tous nous faisons le curettage et la dilatation, et tous nous avons une large expérience de cette vérité, c'est que si ni la dilatation, ni le curettage ne sont parfaits, s'ils ne guérissent pas d'emblée tous les cas, s'il faut



quelquefois renouveler le curettage ou revenir à des périodes de dilatation prolongée, si parfois il n'est possible de réussir qu'en ajoutant à cette méthode appliquée avec insistance, la résection de la muqueuse cervicale soit par le procédé de Schröder, soit par un autre procédé ; cependant, dis-je, nous avons l'expérience que ce sont encore là nos meilleures armes contre les métrites, que ces armes ne sont pas invincibles il est vrai, qu'aucune d'elles ne jugule à coup sûr et du premier coup toutes les métrites, mais qu'en présence de cette lésion elles sont sans danger et bien plus, qu'elles y sont supérieures à tout autre traitement. J'ajouterai même que la dilatation utérine, — que je vais combattre tout à l'heure, — me paraît souvent supérieure au curettage, que cette dilatation est le premier temps, — temps qu'on peut prolonger d'ailleurs, — que c'est un temps indispensable dans certains cas. Que dans la blennorrhagie, par exemple, on pourrait quelquefois se passer du curettage, mais qu'il ne faudrait point tenter de se passer de la dilatation. M. Doléris a merveilleusement élucidé le mode d'action de la tente dilatatrice, il nous a montré son utilité pour déplier les surfaces cervicales et les rendre accessibles aux topiques. Pour dire moins bien, mais à ma façon je dirai : « La dilatation utérine agit ici comme la séparation des surfaces vaginales dans la vaginite blennorrhagique ». Le temps m'a manqué pour apporter une statistique, mais je puis vous résumer mon sentiment à cet égard par un cas typique et actuel.

« Je soigne en ce moment une jeune dame infectée de blennorrhagie par son mari : j'ai dû successivement la dilater, la curetter, lui faire une ovariectomie gauche et enlever un ovaire qui présentait des lésions blennorrhagiques dont je vous reparlerai. Eh bien, malgré la durée et la gravité de ce traitement, cette femme n'est pas encore guérie, l'écoulement blennorrhagique recommence et je suis convaincu que les gonocoques artifiés et retranchés dans les replis de la muqueuse utérine n'y périront que si j'ai la constance d'ap-

pliquer à cette malheureuse femme la dilatation utérine plus prolongée encore que je ne l'ai faite.

Laissons donc l'utérus, puisque je crois que nous sommes tous du même avis, et passons à la thérapeutique intra-utérine s'appliquant aux lésions péri-utérines et en particulier aux lésions des trompes et des ovaires. Ici je dois changer de note, à mon grand regret, et vous dire que mon expérience personnelle ne m'a pas beaucoup encouragé. J'ai apporté des observations personnelles soit en 1892 à Bruxelles, soit à la Société médicale du IX<sup>e</sup> arrondissement en 1892, soit à la Société de médecine pratique l'année précédente ; à cette époque je n'avais pas l'honneur de faire partie de la Société obstétricale, c'est pourquoi ces faits n'ont pas été apportés ici, je ne voudrais pas vous en reparler, ils ont déjà été publiés dans les bulletins de ces diverses sociétés. De ces observations je tirais mon opinion personnelle ; et aujourd'hui, bien que n'y mettant aucune espèce d'amour-propre, bien que parfaitement convaincu que tout homme a le droit de changer d'opinion en ces matières au gré de ce qu'il voit chaque jour, je dois dire que je reste à peu près du même avis qu'alors, et le voici mon avis :

Je déclare admirer la délicatesse du diagnostic de quelques confrères, je déclare que je ne me sens pas de force à apporter toujours comme eux un diagnostic mathématiquement précis des lésions pour des malades dont les annexes n'ont point subi le contrôle anatomique ; je déclare en outre que plus d'une fois, alors que j'avais posé un diagnostic ferme, la laparotomie m'a fait voir que je m'étais trompé. Et, en conséquence, je dis : en matière aussi délicate et aussi contestée, il ne faut affirmer le diagnostic que si les pièces ont été vues directement.

En second lieu, je prétends que la dilatation utérine et le curage dont il est question ici, cette dilatation fût-elle large, prolongée et antiseptique, ainsi que la préconise Doléris, ne saurait être une panacée qui s'applique à tous les cas de lé-

sions annexielles. Bien plus, comme thérapeutique des lésions annexielles, cette méthode ne rend réellement et définitivement service que dans un nombre restreint de cas. J'ai personnellement le souvenir de cinq à six malades que j'ai suffisamment améliorées par cette méthode pour les considérer comme guéries de lésions probablement annexielles qui avaient envahi le Douglas, faisaient une légère saillie sous le doigt dans le vagin et qui avaient en même temps de la métrite leucorrhéique. Encore dois-je ajouter que j'avais adjoint au traitement la résection cervicale de Schröder.

Mais en regard de ces quelques cas où la dilatation utérine pour lésions annexielles, ou supposées telles, a pu être utile, il faut bien placer les autres cas, beaucoup plus nombreux dans ma pratique, et cela dans une proportion de dix contre un, en présence desquels cette méthode est restée vaine, et pourquoi ? J'en ai eu l'explication parfois, lorsque ces tentatives inutiles n'avaient pas découragé la malade et lorsqu'il m'était permis de faire la laparotomie. Tantôt, c'est que les lésions prédominantes étaient ovariennes et non pas salpingiennes, ainsi que je l'avais cru d'abord ; tantôt, il s'agissait bien des trompes, mais la chronicité de leurs lésions parenchymateuses et fibreuses n'avait pu être influencée, et tantôt enfin, chose plus curieuse et que je n'aurais pas prévue, des kystes tubaires parfaitement aqueux, de l'hydro-salpinx en un mot, n'avaient nullement profité de la dilatation utérine pour évacuer leur contenu au dehors.

Tous ces cas, assurément, ne sauraient empêcher de tenter la dilatation utérine avant d'en venir à une intervention grave, puisque, me dira-t-on, ce n'a été qu'avec retard dans la guérison et que la méthode n'a eu aucun inconvénient pour les malades.

Par malheur, il existe aussi des observations (elles ne m'appartiennent pas), qui relatent des accidents mortels. La trompe contenait du pus : la série de manœuvres répétées, qui constitue la méthode, rompit la trompe. Pus dans le péri-

toine, péritonite suraiguë, mort sans que la laparotomie trop tardive puisse être efficace, tel est le bilan de ces cas, heureusement rares, je dois le dire. On conçoit cependant que pareil dénoûment pourrait parfaitement arriver toutes les fois qu'il y a du pus collecté autour de l'utérus, sans qu'il soit nécessaire que la collection soit intra-salpingienne. Je n'ai pas besoin de dire qu'une grossesse ectopique au début est susceptible des mêmes dangers. Il faudra donc savoir se priver de cette méthode, toutes les fois qu'un symptôme, que ce soit la suppression des règles et le volume de l'utérus, que ce soit l'élévation de température, l'empâtement des culs-de-sac ou tout autre, pourront faire supposer que la trompe contient du pus ou du sang.

La laparotomie d'emblée est alors la méthode de choix, elle permet d'appliquer à chaque cas les précautions spéciales qu'il comporte.

Voici mes conclusions :

1° La thérapeutique intra-utérine (curage, dilatation, résection de Schroeder), appliquée aux cas où l'utérus est seul malade, est rationnelle, possède le maximum d'efficacité, elle a toutes nos préférences.

2° La thérapeutique intra-utérine (dilatation, curage), appliquée aux lésions péri-utérines, et spécialement annexielles, est quelquefois utile, le plus souvent inutile, parfois dangereuse.

M. DOLÉRIS. — Personne n'a prétendu que la dilatation intra-utérine répétée faisait toujours disparaître les lésions annexielles. On a toujours affirmé par contre, que cette thérapeutique agit le plus souvent, pour amener à une forme somnolente et tolérable une maladie qui constituait un état grave auparavant. Il s'agit de savoir si, de parti pris, on doit pousser cette thérapeutique aussi loin que possible pour sauvegarder les organes essentiels de la femme. J'affirme, pour ma part, absolument, que c'est là une méthode obligée de tout début de traitement.

Quand on s'adresse à une affection chronique, l'élément *temps* est de première utilité. Je ne compte donc pas avec cet élément ; il faut une période d'épreuve suffisamment prolongée.

Quant au mode d'action de la dilatation, comment agit-elle ? D'abord elle produit un assainissement de la cavité utérine. Mais je veux développer l'hypothèse suivante : j'ai dit qu'il ne fallait pas seulement du drainage, mais aussi par la distension exagérée de la matrice, modifier sa texture, distendre et amincir ses parois, et, en faisant cela, on pouvait arriver à créer un tout petit sorte de détroit entre la cavité utérine et la trompe distendue grâce auquel on pouvait obtenir en partie l'évacuation du kyste vers l'utérus, le contenu du kyste. Je me basais sur des pièces anatomiques, où le trajet distendu permettait à la trompe de se vider.

Je reconnais qu'on ne parviendra pas ainsi à guérir la paroi endosalpingienne. Cette première hypothèse est donc très limitée.

En voici une autre qui est applicable à un grand nombre de cas : quand l'utérus a des dimensions normales avec une tumeur annexielle et qu'on le dilate très largement, il augmente de volume et on agit en attirant, en déplaçant, en mobilisant les tissus pathologiques qui entourent l'utérus, la résorption des exsudats se fera plus facilement. Voilà une interprétation nouvelle que je tenais à développer.

Je soutiens, les faits en main, qu'avec de la patience on arrive souvent à un résultat très satisfaisant avec la dilatation lente, progressive et plusieurs fois répétée.

Quant aux inconvénients, je n'ai jamais vu de mort survenir à la suite de la dilatation. Quelquefois il survient de la fièvre, c'est vrai ; d'autres fois on assiste à une augmentation temporaire de la tumeur annexielle, mais, après cette poussée, on voit la diminution.

En résumé, je considère que les résultats sont souvent bons, en ce qu'ils rendent le fonctionnement des organes,

principalement en ce qui concerne la grossesse ultérieure ; je les trouve bons également en ce que ce traitement peut être considéré comme palliatif ; dans certains cas, cela n'est pas douteux, on échoue et alors on doit recourir au traitement destructeur.

M. PORAK. — Dans plusieurs cas de salpingite puerpérale, nous avons recouru, alors que la période aiguë était passée, avec le plus grand succès à la dilatation de l'utérus.

En retirant les éponges, nous avons constaté l'écoulement d'une quantité notable de pus qui paraissait bien provenir de la trompe, car, en même temps on constatait l'affaissement de la tumeur. Le résultat heureux de cette intervention dans le *post-puerpérium*, ne me semble pas douteux. Un de mes internes m'a cependant raconté l'histoire d'une femme qui avait succombé dans un autre service, à la suite de cette intervention. L'observation n'a pas été publiée.

Donc le traitement est efficace, mais il n'est pas dépourvu de danger.

Je ne puis pas admettre l'explication que donne M. Doléris, du mode d'action de la dilatation de l'utérus. Je réitère l'objection que je lui ai déjà faite. Dans les nombreuses dilatations de l'utérus que j'ai pratiquées, alors que j'étudiais l'action des antiseptiques sur les tentes, j'ai constaté qu'il est extrêmement difficile de dilater le corps de l'utérus. La présence d'un corps étranger dans l'utérus provoque sa contractilité et les tentes sont refoulées dans le col.

J'ai constaté alors que les dimensions verticales du corps de l'utérus se rétrécissaient tandis que celles du col s'accroissaient et que tout l'utérus augmentait de volume. Les parois de ce qui restait du corps de l'utérus, paraissaient plus épaisses, tandis que les parois du col étaient, à n'en pas douter, amincies. Entre le corps et le col se trouvait un canal de dimensions variables suivant les cas.

A la suite des accidents salpingiens consécutifs aux couches, la dilatation de l'utérus est un peu plus complète, mais

je n'ai réussi qu'une seule fois à donner à la cavité totale de l'utérus, (corps et col) la forme sphérique.

Le mécanisme de l'évacuation tubaire ne me paraît donc pas dû à l'amincissement de l'angle utérin et à l'agrandissement du conduit tubaire à travers lui.

M. AUWARD. — Suivant Doléris, ce serait une action excentrique qui viderait la poche. J'ai employé dernièrement la columnisation du vagin dans un certain nombre de cas et j'ai observé dans ces cas de collections péri-utérines des améliorations très nettes, et ce procédé agirait probablement de la même manière que la dilatation très prolongée. La dilatation m'a paru présenter quelques dangers et je préfère pour ma part la columnisation du vagin.

M. Ch. FOURNEL. — Deux mots pour répondre à M. Doléris. En premier lieu vous dites obtenir la somnolence de lésions jusque-là aiguës : il est loin d'en être toujours ainsi, puisque ce traitement peut ne pas être toléré. Je suis bien aise que M. Gendron dans la statistique qu'il vient d'apporter ici avant moi en ait précisément relaté des exemples. Ces exemples personnels à M. Gendron m'en rappellent d'autres m'appartenant, des annexites avec douleurs qu'exaspéraient fort les tentatives de dilatation ; il fallut renoncer à ce genre de traitement.

Le second point est plus important encore, M. Doléris soutient contre moi que la dilatation large, prolongée et antiseptique de l'utérus doit être admise comme méthode générale de traitement s'appliquant à toutes les lésions annexielles ou périutérines. Je savais déjà que telle était sa tendance et c'est pour cela que depuis trois ans je m'élève contre cette méthode.

M. Doléris s'appuie sur deux arguments :

Le premier argument consiste à nous expliquer le mode d'action de ce traitement ; — le second argument consiste à nous affirmer que jamais ce traitement n'amena la mort.

Prenons le premier argument. Lorsque nous sommes arrivés, dites-vous, à bien dilater l'utérus, celui-ci exerçant une

pression sur les organes voisins, il se fait une *tension excessive du côté du kyste*.

C'est ce que je vous reproche ; comment vous amenez à une tension excessive un kyste purulent, sans connaître quelle est la résistance de ses parois, mais vous allez le faire éclater dans le péritoine.

Nous faisons, dites-vous, une sorte de *massage*. — Mais cela devient de plus en plus dangereux, vous répliquerai-je. — « *Nous exerçons des tractions* » — Mais c'est bien ce qui me fait peur,

Passons au second argument : il n'y a pas de cas de mort, dites-vous. Or, ma réponse est que précisément il y en a des morts. J'en connais trois cas publiés, dont un l'année dernière à Paris, M. Porak vient de nous parler d'autres cas sur lesquels le silence a été gardé, et je crois que cette discrétion a été plus d'une fois observée.

Après les explications que vous nous avez données, nous comprenons que la *tension excessive*, le *massage* et les *tiraillements*, aient pu causer la rupture d'une collection purulente dans le péritoine et amener ces péritonites foudroyantes que les observations nous rapportent.

M. NITOT. — Ainsi présentée, sous le nom de « discussion à propos de la thérapeutique intra-utérine », je crains bien que la confusion ne devienne générale dans un sujet aussi étendu.

Au lieu de voir chacun de nous apporter ici le résumé des observations de sa pratique plus ou moins vaste, je crois qu'il y aurait plus d'avantages à scinder cette immense question en établissant l'identité artificielle bien entendue, mais nettement définie de quelques affections types, au sujet desquelles chacun pourra apporter devant la société son tant pour cent de guérison ou d'insuccès.

Car si nous sommes aujourd'hui tous d'accord sur la thérapeutique intra-utérine complète quand il s'agit de guérir la métrite sans complications annexielles, la discussion ne



commence à devenir intéressante que lorsqu'il s'agit d'apprécier dans quelle mesure et avec quels moyens la thérapeutique intra-utérine peut être utile dans les affections utérines compliquées de lésions des annexes.

Ce que nous demandons à savoir c'est dans quels cas particuliers et par quels moyens la thérapeutique gynécologique intra-utérine peut guérir complètement ou seulement symptomatiquement certaines lésions des annexes, et pendant combien de temps ce traitement conservateur doit être suivi avant que le chirurgien puisse décider la nécessité d'une intervention radicale.

Toujours est-il que ces moyens conservateurs ne devront jamais aggraver le pronostic de la lésion qu'ils doivent guérir.

Nous venons d'entendre à ce propos M. Doléris nous vanter les bienfaits de la dilatation utérine portée à l'extrême, puis aussitôt M. Fournel accuser ce procédé aveugle et le croire capable de produire des accidents graves et même la mort.

Il y aurait donc lieu de distinguer dans quels cas cette dilatation doit être employée et comment il faut la pratiquer, savoir enfin si c'est dans la période aiguë ou dans la période chronique de la maladie qu'il faut y recourir.

Pour ma part, je l'emploie volontiers, mais jamais dans la période subaiguë de la maladie; je ne m'en sers que comme moyen de guérison complémentaire après avoir eu soin, par un curettage préalable, d'assurer l'antisepsie de la cavité utérine, et seulement pour mener à bien des reliquats de salpingite ou une récurrence de l'affection salpingienne dont un temps suffisant d'observation m'a permis de constater nettement la nature.

Je ne pratique même pas le curettage d'emblée dans la période subaiguë, des lésions annexielles.

J'attends pour y recourir une première accalmie; et je sou mets volontiers ma malade aux repos de toutes sortes et à la balnéation régulière de leurs organes génitaux internes. Or, bien souvent, par ce simple moyen, j'ai vu disparaître assez

rapidement des masses inflammatoires salpingiennes ou péri-salpingiennes tout aussi bien qu'avec la dilatation utérine.

Je pourrais facilement relever dans ma pratique qui compte aujourd'hui plus de 350 cas de petite chirurgie intra-utérine, plusieurs observations dans lesquelles des malades jeunes, atteintes d'affections annexielles aiguës ou subaiguës unilatérales ont été guéries par ces moyens auxquels j'associe le curettage utérin en temps utile, et qui depuis sont devenues enceintes et ont mené heureusement à terme une ou plusieurs grossesses.

**M. TOUVENAIN.** — **Rapport sur la candidature du D<sup>r</sup> Dumont** (de Tourcoing). Commission (Budin et Thouvenaint, rapp.). — M. Dumont a envoyé à l'appui de sa candidature deux travaux que je vais avoir l'honneur d'analyser devant la Société.

**I. — Sur une pseudo-infection puerpérale d'origine intestinale due au coli-bacille.** — Dans cette première observation il s'agit d'une femme qui, à la suite d'un accouchement absolument normal, présenta douze jours après la délivrance des symptômes graves d'infection puerpérale. A la suite d'injections intra-utérines et de l'administration de purgatifs, les phénomènes s'amendèrent pour reparaitre quelques jours après avec une constipation opiniâtre. Au 48<sup>e</sup> jour, la malade fut atteinte de phlegmatia ; cette phlegmatia dura une dizaine de jours et la guérison survint définitivement.

M. Dumont a recherché toutes les observations concernant les relations de l'état puerpéral avec l'infection intestinale et il termine son travail par les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> Il existe des pseudo-infections puerpérales d'origine intestinale ;

2<sup>o</sup> Elles reconnaissent pour cause une altération de la muqueuse intestinale enflammée à la suite de compression par l'utérus gravide ou par une accumulation de matières fécales dont la rétention amène une stase et une infiltration séreuse des parois. A

la faveur de cette altération, le coli-bacille passe dans le péritoine et donne naissance à une infection d'origine intestinale.

II. — *Sur les dangers et les complications du curettage post-partum.* — Dans ce travail, le D<sup>r</sup> Dumont s'efforce de démontrer que le curettage post-partum est une opération grave et dangereuse. Pour lui, cette intervention expose presque toujours à la perforation utérine ; il serait même tenté de dire que la perforation est inévitable. Il incrimine aussi le chloroforme qu'il accuse d'augmenter l'état syncopal et surtout de *permettre une énergie exagérée de la part du chirurgien*. Les injections intra-utérines exposent aussi, d'après le D<sup>r</sup> Dumont, à des accidents terribles, soit à cause de la façon défectueuse dont elles sont données, soit à cause du liquide injecté. Quant au curettage proprement dit, c'est, dit l'auteur, une opération incomplète et grave. Enfin il n'est pas jusqu'au tamponnement que le D<sup>r</sup> Dumont condamne, parce qu'on peut, affirme-t-il, oublier quelques bandelettes dans l'utérus, et que de plus le tampon amène une rétention des sécrétions.

On le voit, le D<sup>r</sup> Dumont juge avec sévérité et beaucoup de pessimisme une opération bénigne en somme, pourvu que l'opérateur n'use pas de violence, et emploie, non une curette mousse, mais une curette tranchante. D'ailleurs, le D<sup>r</sup> Dumont tout en faisant le procès du curettage post-partum et en prononçant contre lui un réquisitoire très violent, n'indique pas suffisamment quelle est à son avis la conduite à tenir dans les cas de rétention placentaire. Il conseille de chercher à débarrasser la cavité utérine avec le doigt et de pratiquer ensuite un lavage avec une solution antiseptique. Mais comme il accuse les injections intra-utérines après le curettage de pouvoir produire des accidents, ce en quoi il a raison, nous ne voyons pas pourquoi il préconise ces mêmes injections du moment qu'on ne se sera pas servi de la curette, et alors on n'aurait plus rien à faire, ce qui serait simple en vérité, mais ne suffirait pas souvent à guérir la malade.

M. PORAK. — Nous avons reçu deux demandes de candidature au titre de membre correspondant étranger de M. le



D<sup>r</sup> Montoya de Meddelin, Colombie. (Commissions MM. Gendron, Porak, rapp.), et de M. Hunter Robb, de Cleveland-Ohio, Etats-Unis. (Commission, MM. Maygrier et Porak, rapp.)

M. Montoya a pris ses titres à la Faculté de Bogota, où il a été professeur de physique à l'Université catholique universitaire. Il a fait un assez long séjour en France. De retour en Colombie, il a l'intention de s'adonner spécialement à la pratique de la gynécologie et de l'obstétrique. Il envoie à l'appui de sa candidature un travail manuscrit critique sur l'application de l'électricité après l'accouchement.

Dans le *Revista medica* de Bogota, il a publié plusieurs mémoires, en particulier sur le rachitisme et l'anakylostomiasie.

Dans la *Gazette médicale de Paris*, il a fait paraître deux articles, l'un sur l'organisation des études médicales à la Faculté de médecine de Bogota, un autre sur l'emploi du bain électrique dans le traitement des hémorrhagies post-partum.

M. Montoya, très attentif au mouvement scientifique en France, désire vivement faire partie de notre Société et je recommande sa candidature à vos suffrages.

M. Hunter Robb, pendant le temps qu'il était assistant de notre collègue Howard-O. Kelly, de Baltimore, a fait preuve d'une activité scientifique exceptionnelle. La liste des travaux suivants qu'il a publiés, en témoigne hautement :

1. Craniotomie pour l'hydrocéphalie et emploi du tampon obstétrique avec deux observations (*University Medical Magazine*, Philadelphia, juin 1889.)
2. Emploi de l'ovariotomie, des tampons obstétricaux périnéaux et autres employés dans la chirurgie en général, (*Medical News* 1889.)
3. Myomes sous muqueux de la matrice. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, janvier 1890.)
4. Manière d'employer le tube d'écoulement dans la chirurgie abdominale. (*Johns Hopkins Hospital Fasciculus*, septembre, 1890.)

5. Myxo-Sarcome du clitoris. (*Johns Hopkins Medical Fasciculus*, septembre, 1890.)
6. Speculum de Sims modifié. (*Johns Hopkins Bulletin*, novembre, 1890.)
7. Lacération du périnée et de l'ouverture du vagin. Réparation de la déchirure récente. (*Johns Hopkins Bulletin*, décembre, 1890.)
8. Carcinome de la matrice et néphrite. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre, 1890.)
9. Spécimens d'hydrosalpinx. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre, 1890.)
10. Cysto-Sarcome de l'ovaire. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, février-mars 1891.)
11. Atrésie du vagin. Absence de col utérin avec un double kyste dermoïde communiquant avec une bride adhérente de l'iléum. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, février-mars 1891.)
12. Infection par le tube d'écoulement, résultats de l'examen bactériologique de liquides du tube d'écoulement dans seize cas consécutifs de coeliotomie. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, février-mars 1891.)
13. Coeliotomie pour le Myome de la matrice. Hystéro-myomectomie. Infection par le *Bactérium coli commune*. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, septembre 1891.)
14. Instruments de gynécologie perfectionnés. (*American Journal of Obstetrics*, septembre 1891.)
15. Rupture de grossesse tubaire droite. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, octobre novembre, 1891.)
16. Madame Lachapelle, sage-femme. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre 1891.)
17. Aménorrhée, Dysménorrhée, Ménorrhagie et Stérilité. (*Hare's System of Practical Therapeutics*, 1892.)
18. Rupture dans un cas de grossesse extra-utérine du sac par l'extrémité frangée sans déchirer la trompe de Fallope; Opération, Guérison (*New York Journal of Gynecology and Obstetrics*, février 1892.)
19. Cas de Streptococcus associé à une infection de l'appendice vermiforme et des trompes de Fallope.
20. Hippocrate: sur les maladies des femmes et des enfants. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, avril, 1892.)

21. **Bactérie dans les blessures et les piqures de la peau.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, avril 1892.)
22. **Emploi de la morphine et d'autres puissants sédatifs dans la pratique de la gynécologie.**
23. **Conclusions au sujet de l'emploi des tubes d'écoulement et des ligatures, et possibilité de désinfection de la peau basée sur l'examen bactériologique.** (*American Journal of Obstetrics*, juin, 1892.)
24. **Discours prononcé devant le Congrès international de gynécologie et d'Obstétrique de Bruxelles.**
25. **Hysteromyomectomie avec rapport de quatre cas.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, juin 1892.)
26. **Hippocrate sur l'hystérie.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, juin, 1892.)
27. **Hystéromyomectomie pour grand myome de la matrice.** (*Maryland Medical Journal*, janvier, 1893.)
28. **Ascite se rattachant à la gynécologie.** (*The Southern Clinic*, avril, 1893.)
29. **Remarques sur les écrits de Louise Bourgeois, sage-femme.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, septembre, 1893.)
30. **Anesthésie dans la gynécologie intra-pelvienne.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, Vol. III N<sup>os</sup>. 7, 8, 9.)
31. **Maintien d'une technique aseptique hors des hôpitaux.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, novembre, 1893.)
32. **Ouvrages de Justine Siegmundin, sage-femme.** (*Johns Hopkins Bulletin*, janvier, 1894.)
33. **Un nouvel attachement-Spigot pour faciliter l'asepsie.** (*Annals of Surgery*, février, 1894.)
34. **La Technique gynécologique.** (*Keating's System of Gynecology*, 1894.)
35. **Notes sur la gynécologie technique.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, janvier, 1894.)
36. **Importance de l'exercice de la bactériologie pour ceux qui désirent pratiquer la chirurgie pratique.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre, 1893.)
37. **La Technique de la chirurgie aseptique, etc.** (Livre de 264 pages, 1894.)
38. **Limites de l'usage du pessaire.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 1894.)

5. Myxo-Sarcome du clitoris. (*Johns Hopkins Medical Fasciculus*, septembre, 1890.)
6. Speculum de Sims modifié. (*Johns Hopkins Bulletin*, novembre, 1890.)
7. Lacération du périnée et de l'ouverture du vagin. Réparation de la déchirure récente. (*Johns Hopkins Bulletin*, décembre, 1890.)
8. Carcinome de la matrice et néphrite. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre, 1890.)
9. Spécimens d'hydrosalpinx. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre, 1890.)
10. Cysto-Sarcome de l'ovaire. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, février-mars 1891.)
11. Atrésie du vagin. Absence de col utérin avec un double kyste dermoïde communiquant avec une bride adhérente de l'iléum. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, février-mars 1891.)
12. Infection par le tube d'écoulement, résultats de l'examen bactériologique de liquides du tube d'écoulement dans seize cas consécutifs de coeliotomie. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, février-mars 1891.)
13. Coeliotomie pour le Myome de la matrice. Hystéro-myomectomie. Infection par le *Bactérium coli commune*. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, septembre 1891.)
14. Instruments de gynécologie perfectionnés. (*American Journal of Obstetrics*, septembre 1891.)
15. Rupture de grossesse tubaire droite. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, octobre novembre, 1891.)
16. Madame Lachapelle, sage-femme. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre 1891.)
17. Aménorrhée, Dysménorrhée, Ménorrhagie et Stérilité. (*Hare's System of Practical Therapeutics*, 1892.)
18. Rupture dans un cas de grossesse extra-utérine du sac par l'extrémité frangée sans déchirer la trompe de Fallope ; Opération, Guérison (*New York Journal of Gynecology and Obstetrics*, février 1892.)
19. Cas de Streptococcus associé à une infection de l'appendice vermiforme et des trompes de Fallope.
20. Hippocrate: sur les maladies des femmes et des enfants. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, avril, 1892.)

21. **Bactérie dans les blessures et les piqûres de la peau.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, avril 1892.)
22. **Emploi de la morphine et d'autres puissants sédatifs dans la pratique de la gynécologie.**
23. **Conclusions au sujet de l'emploi des tubes d'écoulement et des ligatures, et possibilité de désinfection de la peau basée sur l'examen bactériologique.** (*American Journal of Obstetrics*, juin, 1892.)
24. **Discours prononcé devant le Congrès international de gynécologie et d'Obstétrique de Bruxelles.**
25. **Hystéromyomectomie avec rapport de quatre cas.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, juin 1892.)
26. **Hippocrate sur l'hystérie.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, juin, 1892.)
27. **Hystéromyomectomie pour grand myome de la matrice.** (*Maryland Medical Journal*, janvier, 1893.)
28. **Ascite se rattachant à la gynécologie.** (*The Southern Clinic*, avril, 1893.)
29. **Remarques sur les écrits de Louise Bourgeois, sage-femme.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, septembre, 1893.)
30. **Anesthésie dans la gynécologie intra-pelvienne.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, Vol. III N<sup>os</sup>. 7, 8, 9.)
31. **Maintien d'une technique aseptique hors des hôpitaux.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, novembre, 1893.)
32. **Ouvrages de Justine Siegmundin, sage-femme.** (*Johns Hopkins Bulletin*, janvier, 1894.)
33. **Un nouvel attachement-Spigot pour faciliter l'asepsie.** (*Annals of Surgery*, février, 1894.)
34. **La Technique gynécologique.** (*Keating's System of Gynecology*, 1894.)
35. **Notes sur la gynécologie technique.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, janvier, 1894.)
36. **Importance de l'exercice de la bactériologie pour ceux qui désirent pratiquer la chirurgie pratique.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre, 1893.)
37. **La Technique de la chirurgie aseptique, etc.** (Livre de 264 pages, 1894.)
38. **Limites de l'usage du pessaire.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 1894.)



5. **Myxo-Sarcome du clitoris.** (*Johns Hopkins Medical Fasciculus*, septembre, 1890.)
6. **Speculum de Sims modifié.** (*Johns Hopkins Bulletin*, novembre, 1890.)
7. **Lacération du périnée et de l'ouverture du vagin. Réparation de la déchirure récente.** (*Johns Hopkins Bulletin*, décembre, 1890.)
8. **Carcinome de la matrice et néphrite.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre, 1890.)
9. **Spécimens d'hydrosalpinx.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre, 1890.)
10. **Cysto-Sarcome de l'ovaire.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, février-mars 1891.)
11. **Atrésie du vagin. Absence de col utérin avec un double kyste dermoïde communiquant avec une bride adhérente de l'iléum.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, février-mars 1891.)
12. **Infection par le tube d'écoulement, résultats de l'examen bactériologique de liquides du tube d'écoulement dans seize cas consécutifs de coeliotomie.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, février-mars 1891.)
13. **Coeliotomie pour le Myome de la matrice. Hystéro-myomectomie. Infection par le *Bactérium coli commune*.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, septembre 1891.)
14. **Instruments de gynécologie perfectionnés.** (*American Journal of Obstetrics*, septembre 1891.)
15. **Rupture de grossesse tubaire droite.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, octobre novembre, 1891.)
16. **Madame Lachapelle, sage-femme.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre 1891.)
17. **Aménorrhée, Dysménorrhée, Ménorrhagie et Stérilité.** (*Hare's System of Practical Therapeutics*, 1892.)
18. **Rupture dans un cas de grossesse extra-utérine du sac par l'extrémité frangée sans déchirer la trompe de Fallope; Opération, Guérison.** (*New York Journal of Gynecology and Obstetrics*, février 1892.)
19. **Cas de Streptococcus associé à une infection de l'appendice vermiciforme et des trompes de Fallope.**
20. **Hippocrate: sur les maladies des femmes et des enfants.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, avril, 1892.)

21. Bactérie dans les blessures et les piqûres de la peau. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, avril 1892.)
22. Emploi de la morphine et d'autres puissants sédatifs dans la pratique de la gynécologie.
23. Conclusions au sujet de l'emploi des tubes d'écoulement et des ligatures, et possibilité de désinfection de la peau basée sur l'examen bactériologique. (*American Journal of Obstetrics*, juin, 1892.)
24. Discours prononcé devant le Congrès international de gynécologie et d'Obstétrique de Bruxelles.
25. Hystéromyomectomie avec rapport de quatre cas. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, juin 1892.)
26. Hippocrate sur l'hystérie. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, juin, 1892.)
27. Hystéromyomectomie pour grand myome de la matrice. (*Maryland Medical Journal*, janvier, 1893.)
28. Ascite se rattachant à la gynécologie. (*The Southern Clinic*, avril, 1893.)
29. Remarques sur les écrits de Louise Bourgeois, sage-femme. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, septembre, 1893.)
30. Anesthésie dans la gynécologie intra-pelvienne. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, Vol. III N<sup>os</sup>. 7, 8, 9.)
31. Maintien d'une technique aseptique hors des hôpitaux. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, novembre, 1893.)
32. Ouvrages de Justine Siegmundin, sage-femme. (*Johns Hopkins Bulletin*, janvier, 1894.)
33. Un nouvel attachement-Spigot pour faciliter l'asepsie. (*Annals of Surgery*, février, 1894.)
34. La Technique gynécologique. (*Keating's System of Gynecology*, 1894.)
35. Notes sur la gynécologie technique. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, janvier, 1894.)
36. Importance de l'exercice de la bactériologie pour ceux qui désirent pratiquer la chirurgie pratique. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre, 1893.)
37. La Technique de la chirurgie aseptique, etc. (Livre de 264 pages, 1894.)
38. Limites de l'usage du pessaire. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 1894.)

5. Myxo-Sarcome du clitoris. (*Johns Hopkins Medical Fasciculus*, septembre, 1890.)
6. Speculum de Sims modifié. (*Johns Hopkins Bulletin*, novembre, 1890.)
7. Laceration du périnée et de l'ouverture du vagin. Réparation de la déchirure récente. (*Johns Hopkins Bulletin*, décembre, 1890.)
8. Carcinome de la matrice et néphrite. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre, 1890.)
9. Spécimens d'hydrosalpinx. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre, 1890.)
10. Cysto-Sarcome de l'ovaire. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, février-mars 1891.)
11. Atresie du vagin. Absence de col utérin avec un double kyste dermoïde communiquant avec une bride adhérente de l'ileum. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, février-mars 1891.)
12. Infection par le tube d'écoulement, résultats de l'examen bactériologique de liquides du tube d'écoulement dans seize cas consécutifs de coeliotomie. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, février-mars 1891.)
13. Coeliotomie pour le Myome de la matrice. Hystéro-myomectomie. Infection par le *Bactérium coli commune*. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, septembre 1891.)
14. Instruments de gynécologie perfectionnés. (*American Journal of Obstetrics*, septembre 1891.)
15. Rupture de grossesse tubaire droite. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, octobre-novembre, 1891.)
16. Madame Lachapelle, sage-femme. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre 1891.)
17. Aménorrhée, Dysménorrhée, Ménorrhagie et Stérilité. (*Hare's System of Practical Therapeutics*, 1892.)
18. Rupture dans un cas de grossesse extra-utérine du sac par l'extrémité frangée sans déchirer la trompe de Fallope; Opération, Guérison. (*New York Journal of Gynecology and Obstetrics*, février 1892.)
19. Cas de Streptococcus associé à une infection de l'appendice vermiforme et des trompes de Fallope.
20. Hippocrate: sur les maladies des femmes et des enfants. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, avril, 1892.)

21. **Bactérie dans les blessures et les piqûres de la peau.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, avril 1892.)
22. **Emploi de la morphine et d'autres puissants sédatifs dans la pratique de la gynécologie.**
23. **Conclusions au sujet de l'emploi des tubes d'écoulement et des ligatures, et possibilité de désinfection de la peau basée sur l'examen bactériologique.** (*American Journal of Obstetrics*, juin, 1892.)
24. **Discours prononcé devant le Congrès international de gynécologie et d'Obstétrique de Bruxelles.**
25. **Hysteromyomectomie avec rapport de quatre cas.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, juin 1892.)
26. **Hippocrate sur l'hystérie.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, juin, 1892.)
27. **Hystéromyomectomie pour grand myome de la matrice.** (*Maryland Medical Journal*, janvier, 1893.)
28. **Ascite se rattachant à la gynécologie.** (*The Southern Clinic*, avril, 1893.)
29. **Remarques sur les écrits de Louise Bourgeois, sage-femme.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, septembre, 1893.)
30. **Anesthésie dans la gynécologie intra-pelvienne.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, Vol. III N<sup>os</sup>. 7, 8, 9.)
31. **Maintien d'une technique aseptique hors des hôpitaux.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, novembre, 1893.)
32. **Ouvrages de Justine Siegmundin, sage-femme.** (*Johns Hopkins Bulletin*, janvier, 1894.)
33. **Un nouvel attachement-Spigot pour faciliter l'asepsie.** (*Annals of Surgery*, février, 1894.)
34. **La Technique gynécologique.** (*Keating's System of Gynecology*, 1894.)
35. **Notes sur la gynécologie technique.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, janvier, 1894.)
36. **Importance de l'exercice de la bactériologie pour ceux qui désirent pratiquer la chirurgie pratique.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, décembre, 1893.)
37. **La Technique de la chirurgie aseptique, etc.** (Livre de 264 pages, 1894.)
38. **Limites de l'usage du pessaire.** (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 1894.)

39. Progrès dans l'art des accouchements. (*Maryland Medical Journal*.)
40. Une table d'opérations. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 1894.)
41. Impressions de gynécologie en Europe. (*Western Reserve Journal*, 1894.)

M. Hunter Robb vient de quitter Baltimore, pour occuper la chaire d'obstétrique et de gynécologie, à Cleveland (Ohio). Il tiendra parmi nos membres correspondants étrangers une place très honorable. Je le connais personnellement et je serais très heureux que vos suffrages lui accordent la place qu'il demande.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 14 mars 1895.

Présidence de M. RICHELOT, vice-président.

*Sommaire.* — La séance est ouverte à 4 h. 1/2.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

*Correspondance.* — MM. BAR et TISSIER : Sur une conformation singulière du cordon ombilical. — M. PICHEVIN : 1° Rétrodéviatation et crête médiane postérieure ; antéflexion et crête médiane antérieure. 2° Colpo-hystéropexie antérieure (Procédé de Mackenrodt). — Discussion sur la thérapeutique intra-utérine : M. DOLÉRIS. — M. LOVIOT : 1° Sur un cas de cessation de vomissements après un accouchement prématuré provoqué. — 2° Sur un cas de paralysie du nerf musculo-cutané consécutive à une fracture de l'humérus chez le nouveau-né. — *Discussion* : MM. BUDIN, CHARPENTIER, LOVIOT. — M. TOUVENAIN : Kyste papillomateux de l'ovaire gauche, ascite considérable. Laparotomie. Guérison. — *Discussion* : MM. JOUIN, PICHEVIN, TOUVENAIN. — FORMAN : Expulsion d'un œuf intact à 7 mois de grossesse, membranes intactes, enfant vivant. — *Discussion* : MM. BUDIN, CHARPENTIER, PICHEVIN, DOLÉRIS, GUÉNIOT, BAR, FORMAN.

M. PORAK fait remarquer que l'ordre du jour est très chargé et que plusieurs membres attendent depuis plus de deux mois leur tour de parole. Il demande à convoquer la Société le 4<sup>e</sup> jeudi de mars afin d'épuiser l'ordre du jour.

La proposition est adoptée.

M. BAR, au nom de M. TISSIER et au sien : **Sur une conformation singulière du cordon ombilical.** — Le cordon est absolument dissocié, les vaisseaux sont isolés, l'amnios a craqué et la gélatine de Warthon s'est effritée et apparaît sous l'aspect de franges. L'enfant est né vivant, mais est mort au bout de quelques instants. A l'autopsie on a trouvé sous la paroi abdominale antérieure un thrombus remontant jusqu'au niveau du foie et dû probablement à une rupture de la veine ombilicale qui était très volumineuse. Cette augmentation de volume était également très marquée pour le cœur, la

veine cave, l'aorte et le canal artériel. (L'observation sera publiée in extenso dans le bulletin du mois d'avril.)

M. PICHEVIN présente, au nom de M. le Professeur Le Dentu et en son nom, une malade ayant une **Rétrodéviation utérine et crête médiane postérieure. Antéflexion et crête médiane antérieure.**

Il profite de l'occasion pour montrer un utérus enlevé par la voie vaginale et sur lequel *se voit* la crête médiane postérieure qui était très saillante et très nette avant l'opération pratiquée par M. Le Dentu.

La face postérieure de l'utérus présente sur sa partie médiane une crête mousse qui se partage en deux facettes symétriques inclinées l'une à droite, l'autre à gauche et qui se termine au niveau de l'attache des ligaments utéro-sacrés (Sappey-Meckel, Huscke, Richet, Courty, etc.).

M. le professeur Le Dentu a tiré parti de cette particularité anatomique dans le diagnostic des rétrodéviations et il a insisté le premier, je crois, sur la valeur de ce signe. Je pense que cette saillie normale et anormalement exagérée dans la rétroflexion et dans la rétroversion est due aux conditions nouvelles créées par le changement apporté dans la statique utérine. La déviation en arrière produit dans les différentes couches musculaires du col et du corps des allongements et des tassements qui se traduisent par une saillie plus prononcée de la crête médiane postérieure.

Nous avons constaté simultanément, mon maître, M. le professeur Le Dentu et moi, l'existence d'une crête médiane antérieure dans quelques cas d'antéflexion utérine.

Ces saillies sont dues à la fusion des canaux de Muller.

M. PICHEVIN présente une femme qui a été opérée par lui le 30 janvier 1894 de **Colpohystéropexie antérieure** (procédé de Mackenrodt). Il s'agissait d'une rétrodéviation. M. Pichevin a pratiqué la colpo-hystéropexie antérieure, la colporrhaphie antérieure et l'amputation de Schröder. Il fait remarquer que l'utérus est en excellente position et que l'opération date de 13 mois 1/2.

## DISCUSSION SUR LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE.

**M. DOLÉRIS. — Des dangers et des difficultés d'application du traitement conservateur par la thérapeutique intra-utérine dans les lésions annexielles.** —

D'après les opinions récemment émises, j'ai constaté que le désaccord n'est pas grand entre les membres qui ont pris part à la discussion sur les avantages et les inconvénients de la dilatation méthodique et prolongée de l'utérus, suivie du drainage et du curettage dans les cas d'affections chroniques des annexes. La plupart jugent la méthode avantageuse dans un bon nombre de cas et je suis de cet avis ; la conclusion paraît donc s'imposer : il faut la tenter en règle générale, avant de songer à un traitement plus radical. D'autres, et c'est l'avis de M. Fournel, la jugent utile quelquefois, inutile le plus souvent. — Le différend est donc dans la proportion des succès par rapport aux insuccès. Les statistiques seules peuvent nous fournir une solution. Nous le verrons à la fin de la discussion. — En attendant, même en admettant que la méthode ne soit utile que quelquefois, faut-il la conseiller ou la proscrire ?

a) Si elle offre des inconvénients et des dangers, le litige devient douteux ; car si la somme de ces inconvénients et de ces dangers est supérieure à la somme des bénéfices, il faut y renoncer. — Il restera cependant à prouver que l'opération radicale que l'on substituera comme dernière ressource à la thérapeutique intra-utérine n'offre pas elle-même une proportion de dangers considérable qui ferait échec à la précédente conclusion. Je pense, à cet égard, que personne ne doute qu'il y a dans l'hystérectomie et la laparotomie appliquées aux affections pelvi-annexielles, un pourcentage de mortalité qui ne permet pas de considérer ces opérations comme des procédés de choix. On ne doit donc les mettre en œuvre que contre des lésions assez dangereuses et assez graves, par elles-mêmes, pour justifier la responsabilité que va prendre le médecin.

b) S'il se peut démontrer, au contraire, que la thérapeutique conservatrice que nous défendons n'offre point de danger sérieux et n'a que des inconvénients insignifiants, nul doute



que tout le monde ici ne soit d'accord avec nous pour conclure à son adoption en principe, comme méthode de début, dont l'échec seul autorisera le passage à la discussion des indications de l'opération radicale.

C'est à cette démonstration que je veux consacrer quelques instants.

On a parlé de dangers : aggravation des lésions, mort ; — d'inconvénients sérieux : douleur ; — d'inefficacité pour cause d'impossibilité matérielle d'obtenir une dilatation complète de l'utérus tout entier, de la cavité du corps surtout.

Chacun ne peut apporter de réellement utile dans cette discussion que le fruit de sa propre expérience.

Nous sommes assez nombreux d'ailleurs pour que le chiffre des faits ait une réelle valeur, lorsque tous ceux qui ont fait de la thérapeutique intra-utérine auront fait connaître leur statistique. Les faits prononceront d'eux-mêmes.

M. Petit, dans le mémoire substantiel qu'il nous a lu, nous apporte 29 cas de *métrite* avec *périmétrite*, dont 6 cas post-puerpéraux, 4 cas d'origine blennorrhagique, 19 cas chroniques, avec prédominance des lésions annexielles sur les adhérences, 3 cas de brides inflammatoires péri-méto annexielles, 2 cas de paramétrite chronique juxta-utérine, 5 cas d'ovario-salpingite chronique kystique.

On ne saurait reprocher à M. Petit la réserve qu'il a mise dans son appréciation des résultats de la méthode conservatrice. Aussi bien, ce point n'est pas actuellement en discussion. Mais ses conclusions en faveur de la tentative sont très affirmatives. Il ne craint pas d'écrire cette phrase en tout conforme à mon opinion et à mes principes : « Dans l'inflammation circum-utérine, le curettage, associé à la dilatation, est d'une *parfaite innocuité*, à condition qu'on ne la pratique qu'en dehors des phases aiguës, sauf s'il y a infection puerpérale. — On peut lire tout ce que j'ai écrit depuis sept à huit ans, et l'on verra que ce précepte y est formulé à plusieurs reprises. — Donc, dans la statistique de M. Petit, l'innocuité a été entière.

Je retiens aussi son affirmation parfaitement conforme aux faits que la dilatation atténue sensiblement la douleur.

Après M. Petit, M. Gendron a exposé son opinion basée

sur 18 cas. Il trouve la dilatation rationnelle, mais il lui reproche d'être compliquée, douloureuse et mal tolérée. Il leur préfère la dilatation extemporanée sous le chloroforme. Je ne veux pas critiquer ici cette manière de voir, qui me paraît cependant sujette à contestation. Je constate seulement que pour M. Gendron, comme pour M. Petit, l'innocuité est démontrée dans ses 18 observations. M. Nitot, qui compte dans sa statistique 350 cas de petite chirurgie intra-utérine, n'a pas parlé de mortalité. Il est à supposer que c'est parce qu'il n'a pas eu de terminaison fatale.

Il y a peu de temps, M. le Dr Mangin (de Marseille), qui a été un de mes premiers assistants, a publié une statistique dans laquelle figurent 51 cas de lésions annexielles souvent graves et bilatérales qu'il a opérées sans observer de mortalité. Bien mieux, et j'y reviendrai plus tard, il a eu le bonheur de voir 21 cas suivis de grossesse.

Je voudrais pouvoir invoquer des statistiques étrangères publiées dans des travaux dont l'analyse seule nous est parvenue. Celle de Fraipont, celle de Gottschalk, celle de Zabolowski qui porte sur 26 cas. Le travail de ce dernier auteur a été vivement critiqué par Andrejew dans un important mémoire paru dans les *Nouvelles Archives* en 1893. Andrejew accorde pleinement l'utilité du curettage contre les affections kystiques des trompes, mais il n'admet pas la dilatation. Il est certain que s'il se base uniquement sur le travail de son compatriote où l'on voit cette méthode appliquée avec un discernement douteux, à des cas qui ne s'y prêtaient point, la conclusion est admissible. Il n'en est pas moins vrai que sa critique n'a pu s'établir sur un cas d'aggravation dangereuse ou de mort.

Je veux remonter maintenant à l'origine de la question. Walton, en 1888 (Gand), affirme l'utilité et l'innocuité de son procédé de drainage utérin dans les pelvi péritonites ; Poulet, de Lyon, fait ressortir, devant la Société Nationale de Médecine de Lyon, la *parfaite innocuité* du curettage utérin *même en présence de complications inflammatoires du parametrium*. En 1889, je publiai mes neuf premières observations de salpingite kystique suivis d'amélioration ou de guérison dans six cas,

tandis que la lésion persiste dans trois cas que je traitai par la laparotomie.

Au Congrès de Berlin, je citais une première série de 30 cas de salpingo-ovarite sur 140 observés en 2 ans, pour laquelle j'avais pratiqué le traitement intra-utérin avec huit échecs sans un seul accident.

Au Congrès pour l'avancement des sciences tenu à Pau en 1895, j'ai traité de nouveau la question. Dans une série de mémoires, publiés en 1891 et 1892 j'ai encore insisté sur les avantages et l'innocuité du traitement conservateur fait à propos et j'ai multiplié les citations d'observations. (Mangin, Mémoire, 1892.)

En 1894 Bazy publia 4 observations sans accidents, suivies de succès complet.

La même année (mars 1892) M. Cauchez écrivit sous mon inspiration sa thèse sur le traitement conservateur des affections annexielles. On y trouvera 87 observations émanant d'auteurs différents : Arron, Ledentu, Trélat, Pouillet, Walton, Finkelstein, Cantin, Mundé, Riskallah, Sintu, et un bon nombre de cas inédits de ma pratique et de celle de quelques-uns de mes assistants et élèves, MM. Bonnet et Fraisse. Il n'y est pas fait mention d'un seul cas de mort, bien qu'un certain nombre de cas aient résisté au traitement. Or il paraît s'agir de statistiques intégrales, ce qui prête une grande valeur à ce chiffre de 87, dont il faut retrancher quelques cas traités par des moyens palliatifs non chirurgicaux. Reste donc 80 cas.

Il faut donc accepter ce qui est, et réduire à sa valeur l'argument avancé par M. Fournel, puisque sur 597 cas chiffrés ci-dessus, auxquels je pourrais apporter l'appoint de ma propre statistique, si je ne me réservais de la publier plus tard intégralement, nous n'avons pas encore vu un cas d'aggravation sérieuse, ni un cas de mort. Nous y trouvons au contraire une affirmation unanime, sur l'innocuité du procédé. Or, je pense que le chiffre de 597 pourrait être porté aisément à mille si nous connaissions les statistiques des nombreux auteurs que j'ai cités et celles qu'on va nous faire connaître.

Est-ce à dire que la dilatation suivie du curettage et du drainage ne puisse être suivie d'aggravation sérieuse, parfois

même assez grave pour inspirer de l'inquiétude ? Je ne le prétends pas. J'ai observé deux cas qui contredisent cette affirmation, mais ce sont les seuls à ma connaissance. L'un a été observé par M. Pichevin et moi. Il s'agissait d'une lésion très ancienne et très grave que nous n'avons pas réussi à guérir. La malade m'avait été adressée en 1889 par le D<sup>r</sup> Sajous. Il y avait eu des fistules multiples et le bassin était occupé par un exsudat massif et induré contre lequel tous nos efforts échouèrent. Je lui proposai la laparotomie qu'elle refusa. Cette malade voulut partir, et une fois rentrée chez elle, très peu où point améliorée, elle succomba au bout de quatre mois de cachexie avec complications viscérales. Une autre malade, soignée par M. Bonnet et moi en 1892, éprouva une poussée aiguë attribuable à une complication d'origine intestinale, car au cours de la laparotomie que je fus contraint de pratiquer, je trouvai une communication de l'intestin grêle avec un abcès de l'ovaire gauche. Il s'agissait peut-être d'une fistule ancienne momentanément oblitérée. — La malade guérit parfaitement. Voilà tout ce que j'ai observé en dix ans de pratique gynécologique.

D'autres auteurs ont sans doute observé des cas de ce genre ou des faits analogues ; je m'y attends bien ; mais, par l'explication que l'on pourrait y trouver, il me semble que le principe général de l'innocuité du traitement, étant donnée la rareté de ces faits, reste suffisamment sauvegardée, quant à ce point.

On a parlé de cas de mort, cependant. Nous en entendrons l'énumération avec l'interprétation. Il serait bien singulier que l'évolution même des lésions traitées n'ait jamais entraîné une terminaison fatale, ou qu'au cours du traitement il n'ait pu se produire des accidents capables d'amener la mort, sans que l'intervention doive pour cela nécessairement être mise en cause. J'ai vu un cas de mort, après un simple curetage, un seul il est vrai, sur une somme considérable de cas ; mais je ne pouvais pas cependant empêcher la malade de succomber à une affection pulmonaire double, latente sans doute, qui évolua avec une grande rapidité après le curetage, chez un sujet cardiaque. Je veux donc faire la part de cette éventualité dans la thérapeutique intra-utérine contre les

salpingo-ovarites. Mais il faut reconnaître, de bonne foi, qu'on ne saurait s'en prévaloir comme d'un argument sérieux contre une méthode employée par tant de médecins, en des circonstances très diverses. Je ne puis répondre, ni des conditions dans lesquelles étaient les malades traitées, ni des précautions prises, ni de la rigueur de l'antisepsie, ni de la surveillance exercée, ni de la docilité des malades. — Vouloir proscrire le traitement conservateur au nom de deux cas mortels sur plus d'un millier d'observations, me paraît contraire au sain raisonnement.

On a fait allusion, ici même, à une observation suivie de mort, qui a fait quelque bruit : celle de M. Pichevin. Le cas de mort publié en 1892, par M. Pichevin qui, ainsi qu'il l'a dit, n'a pas voulu être confondu avec ces chirurgiens dont parle Montaigne « dont le soleil éclaire les succès et dont la terre cache les fautes », est des plus intéressants à examiner. Il s'agit d'une femme en pleine ménorrhagie, affectée d'une salpingo-ovarite gauche, disons pyo-salpinx à paroi épaisse ; mais affectée de paramérite postérieure chronique. On la dilate du 20 janvier au 2 février, jour où M. Le Dentu fait le curettage. Le tout s'est passé sans douleur, ni fièvre jusque-là. Les suites sont très simples ; le 5<sup>e</sup> jour elle sort de son lit, le 7<sup>e</sup> et le 8<sup>e</sup>, excellent état. Cette malade est nerveuse et indisciplinée, s'agite imprudemment. De plus, elle touche apparemment à son époque. Elle a de la constipation depuis trois jours. Le 8<sup>e</sup> jour apparaissent des signes un peu inquiétants, douleur, facies abdominal, vomissements verdâtres. Le pouls est à 80 en moyenne, régulier, fort. La température ne s'élève nullement. M. Pichevin craint une rupture ; la force des circonstances l'oblige à atermoyer, et il pratique la laparotomie quatre jours après le début de cette crise inattendue. Le pouls et la température restent normaux. Mais l'opération est particulièrement difficile ; la malade meurt. On n'a pas trouvé de rupture, seulement de la péritonite extensive ; avec un exsudat et de la rougeur sur l'intestin — le pus est collecté dans les organes malades.

Sans doute, M. Pichevin a agi prudemment, sous l'empire d'un diagnostic qu'il jugeait lui-même incertain, cependant probable. Peut-être que s'il avait été le maître d'opérer plus

tôt, il eût sauvé sa malade ; peut-être qu'un autre, à sa place, eût attendu et se fût borné à faire de la révulsion abdominale par un vésicatoire ! Bref, peut-on dire que la dilatation et le curettage ont tué la malade ? Cela me paraîtrait fort risqué. M. Pichevin lui-même ne l'a pas cru. MM. Isch-Wall et Nitot, qui discutèrent l'observation au moment où elle fut rapportée, s'élevèrent aussi contre cette interprétation. Qu'il me soit permis de rappeler le fait que j'ai publié il y a trois ans, auquel j'ai fait précédemment allusion et qui a trait à la malade commune à M. Bonnet et moi.

Au cours du traitement—c'était une nerveuse—il s'élève de la fièvre, et des symptômes de péritonite avec occlusion intestinale apparaissent. Le tympanisme est énorme ; vomissements, pouls à 120 T. à 40°. Nous administrons un grand purgatif et nous appliquons un vésicatoire. Tout s'apaise. La malade se cachectise cependant et quelques semaines après je fais la laparotomie avec succès. Les poches purulentes renfermaient un saprophyte qui vit dans l'intestin ; c'était le seul organisme vivant dans cette vaste collection. De plus, l'intestin est adhérent et fistulé dans la poche.

Dans le cas de M. Pichevin, il y avait de la constipation, et la tumeur, dit-il, était très adhérente au rectum, très difficile à décortiquer, les ligaments utérins sont gros comme le petit doigt. Qui sait si le coupable n'a pas été l'intestin ? En tout cas, on peut le supposer. Cette hypothèse, je la soutiens dans bon nombre de faits publiés par moi dans lesquels la dilatation pour des pyo-salpinx n'a pas guéri la lésion, mais loin de l'aggraver, l'a améliorée, puisque la laparotomie a fait rencontrer une tumeur bien suppurée, mais réduite de volume. L'intestin, il est vrai, n'était ni adhérent, ni contigu à ces tumeurs.

J'ai vu récemment encore une malade affectée d'une grosse tumeur rénitente à parois solides, un pyo-salpinx sans conteste, que M. Pichevin a dilatée autrefois avec une persévérance extrême, car elle ne voulait pas entendre parler d'opération grave. Sa tumeur a aujourd'hui diminué des trois quarts ; la malade ne s'en ressent qu'à de très rares intervalles et se dit guérie.

A côté de ce fait, j'en ai publié d'autres et j'en pourrais citer

encore qui prouvent que le pus collecté dans la trompe, l'ovaire ne sont pas une contre-indication de la méthode conservatrice.

Cela s'explique bien mieux, depuis qu'on sait que ces poches purulentes ne sont septiques que 40 fois sur cent environ.

Je n'en dirais pas autant de la *paramérite* qui peut, en raison même de ses lésions élémentaires, lymphangites et phlébites, prêter à une extension infectieuse, encore que ces affections limitées au bassin engendrent exceptionnellement une péritonite grave.

Quant à la rupture, nous savons qu'elle se constate surtout dans les collections sanguines, en raison de leur accroissement parfois subit. Mais les ruptures de pyo-salpinx sont préparées par un accroissement lent ; s'il se fait une fissure, un exsudat la limite rapidement ; tout au plus le pus peut-il fuser dans des loches d'adhérences où on le rencontre sous forme d'abcès cloisonnés.

Toutefois, il importe de ne pas sortir des indications de la méthode, à savoir :

1° N'opérer que des cas chroniques.

2° Ne point agir en cas de paramérite douloureuse ou subaiguë ; savoir attendre la période de torpidité.

3° Opérer après les règles.

4° Se défier des névropathes, qui sont toujours des sujets à surprises quand il s'agit de chirurgie pelvi-abdominale.

Reste enfin à établir la réalité de l'intolérance des malades à cause de la complexité du traitement, de sa durée, de la douleur éprouvée.

Je ne saurais souscrire à cette objection. Quand il s'agit de savoir si l'on sauvera les organes atteints, d'une mutilation grave en elle-même en ce qu'elle supprime la fonction la plus importante de la femme, et dangereuse par les risques qu'elle fait courir à l'opérée, il ne peut être question de temps, ou de difficultés. D'ailleurs, la *durée* se borne à quelques jours ou quelques semaines, suivant les cas ; il peut être nécessaire même de rejeter le traitement après une certaine période. Sont-ce des arguments sérieux pour un médecin consciencieux ? En réalité, il est plus simple de pratiquer l'ablation des organes que de guérir. Je l'accorde, mais en reconnais-

sant la vérité : à savoir que c'est le chirurgien ici qui recule devant une entreprise patiente et de longue haleine, plus souvent que la malade. Qu'on propose l'alternative à celle-ci et qu'on nous dise combien de femmes accepteront la laparotomie ou l'hystérectomie d'emblée, si on leur dit bien franchement qu'il y a un espoir avec le traitement conservateur ? Mais on abuse parfois du mot *opération*, et dans le programme exposé aux malades, on semble mettre sur le même plan la plus bénigne avec les plus graves. La *douleur* serait aussi un obstacle, et un motif de refus par certaines malades qui auraient accepté le traitement pendant quelques jours, et se refusent, par la suite, à le continuer : Oui, si l'on profite de leur état pour leur faire envisager l'éventualité d'un succès plus prompt avec l'opération radicale, sans leur révéler l'importance et les conséquences de celle-ci. Non, si on les encourage et si on les aide à supporter leur mal.

On trouve certainement quelques folles toujours prêtes à une excentricité, et quelques minus habens aisément suggestionnées par une exhortation. C'est justement le devoir du chirurgien de résister et de les faire souscrire à l'opération minima.

Mais, est-il bien réel que les femmes souffrent tant ? M. Petit nous a dit que la dilatation diminuait la douleur. Je ne suis pas autorisé à dire qu'il en soit toujours ainsi. J'ai vu au contraire des femmes souffrir notablement, les nerveuses surtout, et pour quelques lésions souvent insignifiantes de salpingo-ovarite adhésive. Mais ce sont des névropathes, chez lesquelles le mal est tout dans le phénomène douleur et qu'à la rigueur on parvient à soulager.

J'ai acquis l'expérience que la dilatation utérine est en outre douloureuse chez les nullipares d'un certain âge, même avec des annexes saines et qu'on traite dans un but autre.

Mais, cette réserve faite, j'ai vu la plupart de ces femmes traitées par dilatation *lente, progressive, mesurée*, éprouver bien moins de souffrance du traitement lui-même que des poussées périodiques de leur lésion. Habituees à la douleur, elles sont plus tolérantes avec des organes très malades, que celles qui étant des névropathes, ont des lésions insignifiantes. Il est donc inexact de dire que la douleur ancienne soit



la règle dans le traitement intra-utérin. Pour être juste, il faut même dire qu'elle ne se prolonge guère au delà des deux ou trois premières applications de lamineaires. Enfin, il faut que le médecin se préoccupe de cette douleur pénible. Je conseille toutefois de donner des lavements laudanisés, des suppositoires belladonés, de l'antipyrine, des révulsifs abdominaux, même une piqûre ou un suppositoire à la morphine si le mal est trop pénible. Je fais prendre l'antipyrine dès l'introduction de la laminaire et quelquefois avant, si l'utérus est réellement sensible.

Me croira-t-on si je dis que je conseille plus volontiers la distraction que le repos quand il s'agit de lésions torpides ?

J'ai pu traiter autrefois une malade que plusieurs ici ont observée avant moi et qui venait du Vésinet subir son traitement tous les deux jours et s'en retournait. Cette femme a été totalement améliorée et a vécu plusieurs années sans jamais ressentir la moindre douleur. Il en est à la vérité qui réclament le repos et qu'il faut laisser au lit ou sur la chaise longue. C'est à leur choix.

Dans la dernière séance, j'ai parlé de la fièvre que j'ai parfois observée au cours du traitement et que j'ai attribuée à des phénomènes de résorption septique. Je ne l'ai que rarement vu s'accompagner des douleurs vives de la pelvi-péritonite. Même lorsqu'on constate une augmentation temporaire du volume des lésions, tout se borne généralement à un sentiment de tension et de pesanteur. Je conseille alors un vésicatoire volant sur l'abdomen et je pratique un badigeonnage iodé dans le cul-de-sac du vagin. Cette double révulsion soulage habituellement et facilite la résolution.

L'objection de M. Porak que la dilatation totale de la cavité utérine est malaisée à obtenir ne me paraît fondée qu'en ce qui regarde quelques cas très particuliers où l'opérateur ne s'est pas assuré de la pénétration et du maintien de la première et de la seconde tige de laminaria. C'est quelquefois quand on remplace la laminaire par l'éponge que celle-ci ne dépasse que très peu l'orifice interne, si l'on n'y prend garde.

Mais il importe d'être méticuleux. Je puis garantir que j'ai promené mon index dans tous les utérus que j'ai dilatés, jusqu'au fond même de l'organe, grâce à la traction exercée sur

le col pendant l'examen. J'ai fait pratiquer de semblables examens bien souvent par les élèves. Il faut avoir soin de ne retirer l'éponge que quand la malade est chloroformisée. Le doigt traverse la cavité du col, éprouve une petite difficulté à passer l'isthme, et arrive dans le corps très distendu. D'ailleurs, quand l'organe est bien occupé dans toute l'étendue de sa cavité par une ou deux éponges dilatées ou par un paquet de lamineires, le palper suffit à en faire constater l'énorme augmentation de volume. J'ajouterai enfin, pour mieux prouver mon affirmation, que j'ai pu énucléer des fibromes dans la cavité utérine, que j'ai bien souvent mesuré sa dilatation par l'écartement que je pouvais donner à la sonde dilatatrice introduite par l'injection.

Faut-il rappeler qu'il nous est arrivé une fois de laisser dans la cavité du corps une éponge presque tout entière ?

Si l'examen successif des arguments opposés au *principe de l'université* de la thérapeutique intra-utérine, m'a conduit à réduire les objections à leur juste valeur, je me crois autorisé à maintenir ce qui a été toujours ma conclusion : avant de recourir à l'*ablation des organes malades*, il faut tenter la *thérapeutique conservatrice*.

Il y a des exceptions sans doute et certains cas rares peuvent être jugés dès l'abord, par un homme très expérimenté, comme incurable par cette méthode. Le principe général n'en reste pas moins vrai.

Je montrerai plus tard le cas qu'en font certains opérateurs dont on peut lire les observations relatées dans des ouvrages compendieux, où l'on voit des malades entrant à l'hôpital un beau jour, et s'en retournant trois semaines, un mois après sans utérus et sans ovaires ; et c'est le cliché général de ces observations. Il est vrai que les chirurgiens qui adoptent ce mode de traitement rejettent à priori l'utilité de celui que nous discutons ici. Il reste donc à montrer que les méthodes conservatrices valent mieux que la réputation qu'on veut bien leur faire, à la condition qu'elles soient appliquées dans les conditions requises : à savoir la chronicité, ce qui équivaut à la limitation de lésions torpides, et en ayant soin de choisir le moment convenable pour cela, c'est-à-dire les jours qui suivent la menstruation.

**M. F. LOVIOT. — FAITS CLINIQUES. — 1° Vomissements incoercibles de la grossesse présentant cette triple particularité: 1° Apparition tardive (8<sup>e</sup> mois de la grossesse). — 2° Intervention avec succès pendant la troisième période, dite des accidents nerveux. — 3° Cessation complète des vomissements, immédiatement après la déplétion utérine. — M<sup>me</sup> X., 27 ans, tertipare, nourrie au sein pendant 8 mois, par sa mère, a été malade pendant la durée de cet allaitement, nourrie ensuite au verre. A marché à 11 mois, une pneumonie a arrêté la marche pendant 3 mois ; jusqu'à 7 ans presque toujours malade (variole, angine couenneuse, choro-anémie, dyspepsie). Régée avant 12 ans (dans sa famille on est réglé à 14, 15, 16 ans) sans interruption, durée jusqu'à 15 jours, pertes abondantes. Jusqu'à 16 ans chloro-anémie, dyspepsie, nervosisme, troubles fonctionnels, cardiaques, etc. — Antécédents héréditaires : une sœur très bien portante, mère névropathe, père mort à 51 ans, malade peu de temps.**

**A présenté 3 grossesses :**

1<sup>re</sup>, avortement de 2 mois 1/2 environ, il y a 8 ans, pas de vomissements.

2<sup>e</sup>, Accouchement à terme, il y a 6 ans, fille très petite. A beaucoup vomi jusqu'au dernier moment même pendant le travail (vomissements d'aliments, de bile verte et jaune, de glaires, surtout le matin, quelquefois après le déjeuner, jamais après le dîner), sans amaigrissement, sans constipation. La recherche de l'albumine n'a point été faite.

3<sup>e</sup> (grossesse actuelle). D. R, du 27 mai au 1<sup>er</sup> juin 1894. Son mari parti le 9 juin. Accouchement prématuré artificiel le 24 janvier 1874, 7 mois 24 jours après la fin des dernières règles.

Pas de pertes sanguines pendant la grossesse.

A partir du 15 juin état nauséeux.

Le 24 juin a commencé de vomir. Depuis n'a pas cessé. Vomissements 2 ou 3 fois dans les 24 heures, après les repas (une heure après environ), avec effort, faiblesse, amaigrissement.

Le 14 janvier, le Dr W., qui voit M<sup>me</sup> X. pour la première fois, pratique l'examen des urines.

Traces très légères d'albumine. La veille, M<sup>me</sup> X. avait fait une longue visite, sans feu, avait eu froid. Depuis, toux, malaise,

fièvre. Du 15 au 17 janvier, le Dr W. constate des accidents grippaux.

Le 17 janvier. Vomissements graves : Mme X. a vomi 3 fois immédiatement après son repas et chaque fois qu'elle essayait de manger, nouveaux vomissements, mais rien que d'aliments et de boissons.

Le 18, vomissements de tous les aliments et même sans ingestion de quoi que ce soit (bile, glaires, efforts très violents et très fréquents).

Du 19 au 22. Plus d'arrêt, M<sup>me</sup> X. vomit nuit et jour et ne peut plus rien conserver. Constipation. Les lavements alimentaires ne sont pas gardés. L'amaigrissement qui allait en s'accroissant très notablement depuis le 17, fait des progrès à vue d'œil : traits tirés, yeux excavés, facies choléroïde, pouls fréquent, 100 pulsations. La température qui s'était un peu élevée pendant les accidents grippaux ne dépasse pas 37°.

A partir du 22, même état, plus fétidité de l'haleine, acidité de la salive ; pouls 120 ; température normale ; agitation. Dans la nuit du 23 au 24, subdelirium, hallucinations. M<sup>me</sup> X. « voyait un homme qui était là avec son doigt lui faisant signe ; même il était brun avec une grande barbe, il avait l'air méchant et ne ressemblait à personne de ses connaissances. »

M<sup>me</sup> X. ne se souvenait pas de la consultation qui avait eu lieu la veille entre le Dr W. et moi. Fétidité de l'haleine, acidité de la salive, peau sèche, amaigrissement considérable, presque pas d'urine. Enfant vivant.

Dans ces circonstances, mon confrère ayant épuisé la médication classique contre les vomissements incoercibles, nous décidâmes de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel.

Le mercredi 23 janvier, à 3 h. 1/2 de l'après-midi, introduction du ballon de M. Tarnier. Le lendemain jeudi 24, à midi, ayant trouvé un col effacé et un orifice utérin largement dilaté et facilement dilatable, rupture artificielle des membranes, application de forceps sur O. I. G, extraction d'un enfant vivant (et qui cria de suite) du poids de 1 k. 880. Délivrance 20 minutes après environ, très simplement. L'enfant fut mis immédiatement dans une couveuse et nourri au lait d'anesse. Malgré les soins les plus attentifs, il ne vécut que du 24 janvier (1 h.) au 27 janvier (3 h. 1/2).

Quant à la mère, *elle cessa subitement et définitivement de vomir*. Ses vomissements furent comme « coupés au couteau », selon l'expression d'une des personnes présentes. Notons seulement que le soir vers 9 heures elle rendit deux ou trois glaires blanches, le lendemain trois gorgées de grog, puis ce fut tout. Elle garda l'eau de Vichy d'abord, puis le lait coupé d'eau de Vichy, puis le lait pur.

Deux jours après l'accouchement, nous constatons, mon confrère et moi, une notable quantité d'albumine dans l'urine.

Cette albumine persista pendant une quinzaine de jours environ, diminuant progressivement.

M<sup>me</sup> X. ne tarda pas à s'alimenter d'abord légèrement et avec précautions, puis ensuite comme à son habitude.

Suites de couches absolument normales. Le poulx, encore à 100 le 26 janvier, descendait progressivement et n'était plus qu'à 66 le 3 février. La température, qui ne s'éleva jamais au-dessus de 37,2, fut de 36,4, 36,5, 36,1 dans les derniers jours de janvier et de 36 le 1<sup>er</sup> et le 2 février.

Je dois relater, en terminant, que le 23 janvier au soir et le 24, à 10 heures du matin, en présence de l'état de dépérissement de M<sup>me</sup> X., qu'on ne pouvait alimenter ni par la bouche, ni par l'intestin, je fis deux injections de 20 cent. cube de sérum artificiel Leclerc. 4 injections en tout, deux à droite, deux à gauche, à la face externe de la cuisse, cela malgré la connaissance que j'avais de l'état d'albuminurie de Mme X. et vu l'extrême faiblesse de la patiente. Je fis flamber les aiguilles et pris toutes les précautions antiseptiques utiles. Cependant, le 3 janvier, je dus ouvrir deux abcès qui s'étaient formés au siège des piqûres. L'incision donna issue à un pus séreux ; à gauche le tissu cellulaire était sphacelé dans une petite étendue et il y avait un décollement remontant à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'incision. Consécutivement, les plaies se comportèrent très bien, mais la cicatrisation s'opéra très lentement. J'appris, il y a une dizaine de jours, que la plaie de droite était presque entièrement guérie, mais que celle de gauche bien qu'en bonne voie, se réparait plus lentement. L'état de dénutrition des tissus chez Mme X., autant et plus peut-être que son albuminurie, explique cette complication dont, toutefois, je prends bonne note pour l'avenir.

Au résumé, cette observation présente une triple particularité :

1° Apparition tardive des vomissements incoercibles (au 8<sup>e</sup> mois de la grossesse) ;

2° Intervention avec succès, pendant la troisième période, dite des accidents nerveux ;

3° Cessation complète des vomissements immédiatement après la déplétion utérine.

A propos du passage des vomissements simples, quoique très sérieux, aux vomissements graves proprement dits, je rappellerai l'attaque grippale qui précéda ces derniers, sans émettre d'opinion ferme sur le rôle qu'elle a pu jouer ; en ce qui concerne le succès obtenu à la suite de l'accouchement prématuré artificiel, même après l'apparition des accidents nerveux, cela prouve que l'intervention obstétricale peut encore être efficace pendant la période de ces accidents, contrairement à ce que croyait Paul Dubois ; enfin, la cessation complète des vomissements immédiatement après la déplétion utérine est un fait rare (les vomissements ne disparaissant généralement que progressivement et au bout d'un temps plus ou moins long) sur lequel il ne faudrait pas compter, mais que je tenais d'autant plus à signaler.

J'ai omis de dire qu'après l'accouchement de Mme X. je lui pratiquai extemporanément un lavage de l'estomac (Eau de Vichy tiède, tube de Faucher). Ce lavage a-t-il contribué à la cessation des vomissements ? Préalablement, j'avais fait une injection intra-utérine au permanganate de potasse ne voulant me servir ni de sublimé, ni d'acide phénique, en raison de l'état des reins, et irrigué l'intestin avec de l'eau boriquée.

Triple lavage qui me fit sourire à la réflexion : Estomac, utérus, intestin. — Voilà une femme bien lavée !

**M. LOVIOT.** — 2° **Paralysie fasciculaire du membre supérieur droit, chez un nouveau-né, consécutivement à une fracture humérale produite pendant l'accouchement.** — Le 12 février 1894, mon excellent confrère le Dr N. me pria de voir avec lui un nouveau-né de treize jours, chez lequel il avait constaté une paralysie du bras à la suite d'une fracture de l'humérus produite pendant l'accouchement. L'enfant, très gros

(il pesait 9 livres 1/2), est le quatrième enfant de Mme X..., qui a présenté à chaque travail une inertie utérine nécessitant l'application du forceps, bien que les enfants précédents aient été d'un poids moindre que celui du dernier né. Pendant la grossesse récente elle a eu de l'œdème des jambes sans albumine.

Le travail s'est déclaré à terme. Présentation du sommet (O. G. A.).

A la dilatation complète, le confrère fit une application de forceps et put extraire la tête sans difficultés notables. Mais l'expulsion des épaules (j'ai dit que l'enfant était gros) tardant à se faire au gré du D<sup>r</sup> X., celui-ci, un peu trop hâtivement et brusquement, il le reconnaît lui-même, accrocha avec son doigt le bras péri-néal et l'amena au dehors. A ce moment, un bruit sec se fit entendre. L'humérus droit du fœtus était fracturé à l'union environ du tiers supérieur et du tiers moyen. Le confrère confectionna sur-le-champ un petit appareil provisoire et au bout de 48 heures un appareil plâtré qui fût enlevé le neuvième jour en raison de troubles moteurs : extension de l'avant-bras sur le bras, avant-bras en état de pronation qu'il constata. Le 11 février, il retira l'appareil. Il y avait un cal énorme au niveau de la fracture.

Le 12 je vis le petit malade. Gros cal bien indiqué plus haut, extension de l'avant-bras sur le bras, avant-bras en pronation, mobilité des doigts (flexion et extension) conservée, mais *les mouvements de l'épaule n'étaient pas abolis* et l'on pouvait faire contracter le deltoïde en excitant la peau à son niveau. *Le deltoïde n'était donc pas paralysé.*

Il ne s'agissait donc pas d'une paralysie radiculaire supérieure (si bien spécifiée cliniquement par Duchenne (de Boulogne), en 1872, dans son traité de l'électrisation localisée, et dont Erb (d'Heidelberg), en 1874, a donné la raison anatomique : paralysie des muscles, deltoïde, biceps, coraco-brachial et long supinateur innervés par les branches des 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> paires cervicales), puisque le deltoïde était indemne, puisque des trois signes cliniques qui caractérisent la paralysie radiculaire supérieure : bras tombant immobile le long du corps, avant-bras constamment étendu sur le bras, bras dans la rotation en dedans (Duchenne), le premier manquait, les deux derniers existant seuls.

Or le deltoïde animé par le nerf circonflexe, mis à part, les troubles moteurs (extension permanente de l'avant-bras sur le

bras, pronation de l'avant-bras) étaient localisés dans les muscles biceps, coraco-brachial, brachial antérieur, muscles fléchisseurs dont la paralysie rend compte de l'extension de l'avant-bras sur le bras par l'action non contre-balancée du muscle extenseur, le triceps, animé par le radial, et les muscles supinateurs dont la paralysie explique l'action prépondérante des pronateurs antagonistes.

Mais le biceps, le coraco-brachial, le brachial antérieur et le long supinateur sont innervés par un même nerf : le musculo-cutané.

Il s'agissait donc, dans l'espèce, d'une paralysie du nerf musculo-cutané à l'exclusion de tout autre nerf, par conséquent d'une paralysie fasciculaire et non de la paralysie radriculaire supérieure ou paralysie de Duchenne et de Erb.

Si nous considérons, d'autre part, que la paralysie radriculaire supérieure est produite soit pendant l'extraction de la tête dernière par la pression du doigt sur le « point de Erb » (au niveau du tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la 6<sup>e</sup> paire cervicale), soit par compression directe des filets nerveux pendant une application de forceps, soit « par compression des nerfs », la clavicule étant refoulée en arrière vers la colonne vertébrale par l'extrémité des doigts qui appuient sur cet os, soit par des tiraillements exercés sur le membre supérieur et sur les filets du plexus trachial. (Leçons de clinique obstétricale, Budin, 1889.) Aucun mécanisme semblable ne saurait être invoqué dans notre cas. La pathogénie en est tout autre. En effet, le Dr X. m'apprend que la paralysie n'existait pas immédiatement après la fracture et qu'elle ne s'est produite qu'ultérieurement, coïncidant avec la formation du cal. Or quand il a retiré l'appareil, pour cause de troubles moteurs il a constaté un « cal énorme » faisant saillie surtout en avant. Admettre que ce cal comprenant le nerf musculo-cutané au moment où celui-ci perfore le coraco-trachial a déterminé la paralysie des muscles qu'il innerve, nous paraît chose absolument plausible et c'est à cette opinion que nous nous sommes rangés, mon confrère et moi. Enfin les phénomènes ultérieurement observés viennent encore à l'appui de cette manière de voir. Nous réappliquâmes, le 13 février, un nouvel appareil plâtré. Neuf jours après cette application, sous l'appareil, on commença de voir réapparaître les mouvements de



flexion et de supination et le 15<sup>e</sup> jour, quand on enleva l'appareil, tous les mouvements s'exécutaient normalement. Il n'y avait plus trace de paralysie et, chose importante à noter, le cal était diminué d'au moins un tiers ; au lieu d'être rond il était oblong. La consolidation était complète.

Donc, paralysie éphémère des muscles innervés par le musculo-cutané en raison d'un col huméral, tel est le fait que nous avons observé.

Il nous a paru intéressant de le signaler pour attirer l'attention sur les phénomènes de même ordre qui pourraient se produire et comme contribution à l'étude des paralysies obstétricales.

M. BUDIN. — Je demanderai à M. Loviot comment il explique cette paralysie.

M. LOVIOT. — Par compression du cal sur le nerf musculo-cutané.

M. BUDIN. — Etes-vous sûr qu'elle n'a pas été produite par l'appareil plâtré ?

M. LOVIOT. — Il y avait un cal volumineux et au fur et à mesure qu'il disparaissait on voyait reparaitre les mouvements du bras.

M. BUDIN. — On peut se demander si le nerf n'a pas été comprimé entre le cal et l'appareil.

M. LOVIOT. — L'appareil avait été laissé ouvert au niveau du cal.

M. BUDIN. — Ce qu'on peut dire en réalité, c'est que l'observation de M. Loviot est plutôt un cas de paralysie consécutive à une fracture, qu'un cas de paralysie obstétricale.

M. CHARPENTIER. — Un fait m'a frappé dans l'observation de M. Loviot, c'est le retour des mouvements à mesure que le cal disparaissait. Tous les cas de paralysie obstétricale que j'ai observés, ont guéri lorsqu'on avait fait un traitement très énergique dès le début, car si on abandonne la paralysie à elle-même, il se produit au bout de trois à quatre jours une atrophie musculaire telle qu'il faut souvent des mois pour que le membre reprenne ses fonctions. Je ne m'explique pas comment ici on a pu observer un retour aussi rapide de la motilité.

M. LOVIOT. — Le cas que je viens de rapporter est très différent des paralysies auxquelles M. Charpentier fait allusion.

M. CHARPENTIER. — La compression a duré un temps suffisant pour déterminer de l'atrophie musculaire. Il y a là quelque chose de bizarre.

M. LOVIOT relate l'observation d'une femme chez laquelle des vomissements incoercibles, survenus dans le cours du troisième mois de la grossesse, nécessitèrent un accouchement provoqué à 7 mois 1/2. Les vomissements cessèrent comme par enchantement, immédiatement après l'évacuation de l'utérus.

M. TOUVENAIN. — **Kyste papillomateux de l'ovaire gauche. — Ascite considérable. — Difficulté du diagnostic. — Laparotomie. — Guérison.** — J'ai opéré récemment une malade dont l'histoire clinique est intéressante à bien des points de vue et mérite d'être rapportée.

Il s'agit d'une femme de 50 ans, ayant eu deux enfants, et qui me fut amenée à ma Clinique par Mme R., sage-femme, au mois de juin 1894. Cette dame, d'une taille au-dessous de la moyenne, se plaignait de douleurs vives qu'elle ressentait dans le côté gauche du ventre depuis plusieurs mois; ses règles, toujours régulières, avaient une durée et une abondance très exagérées, qui l'obligeaient parfois à s'aliter, mais en dehors des époques menstruelles, elle n'avait aucune perte. De plus, son ventre avait très notablement augmenté de volume et elle éprouvait une grande gêne à se mouvoir et à marcher. Etat de santé antérieur excellent d'ailleurs.

En examinant cette malade, l'on sentait nettement alors par la palpation une masse remontant assez haut dans le ventre, et mobile; le toucher permettait de sentir cette tumeur sur le côté gauche de l'utérus avec lequel elle semblait être en connexion intime.

Je pensai alors à un fibrome utérin et je demandai à la malade de revenir me voir dans quelque temps pour pouvoir l'examiner à nouveau.

Cette dame, sur ces entrefaites, dut quitter Paris, et je la perdis de vue.

Au mois de décembre dernier, je la revis et je fus de suite frappé de l'augmentation de volume du ventre qui était survenue depuis sa précédente et unique visite.

Elle me raconta alors que son ventre avait grossi subitement en quelques jours au mois d'octobre et qu'un médecin qu'elle avait appelé chez elle lui avait dit qu'elle avait une ascite provoquée par l'existence d'une cirrhose atrophique du foie. Non contente de cette opinion, elle avait été, sur le conseil d'une amie, consulter un chirurgien des hôpitaux qui, après examen sous le chloroforme, lui avait déclaré qu'elle n'avait rien du côté des organes génitaux et qu'il n'avait aucune opération à lui faire.

Elle avait alors continué à recevoir les soins de son médecin pendant plusieurs semaines. Puis, l'ascite augmentant, notre confrère lui avait proposé, vers la fin de décembre, une paracentèse pour la soulager.

C'est à cette époque qu'elle revint me trouver.

En l'examinant, je fus en effet frappé de l'aspect extérieur qu'elle présentait: le ventre, très proéminent, était sillonné de veines nombreuses, indice d'une circulation supplémentaire; les membres inférieurs amaigris faisaient un contraste frappant avec l'abdomen; le visage pâle, maigre, dénotait par son aspect un état général mauvais. En un mot, elle rappelait assez exactement l'aspect extérieur d'une cirrhotique.

Je constatai une ascite abondante, qui empêchait absolument toute palpation et le toucher ne donnait plus que des renseignements imparfaits et fort vagues.

J'avoue que si je n'avais pas vu autrefois cette malade, avant l'apparition de l'ascite, j'aurais été fort embarrassé pour formuler un diagnostic et j'aurais sans doute penché pour l'existence possible d'une cirrhose hépatique. Mais, en relisant l'observation que j'avais prise de la malade lors de sa première visite et en analysant les résultats que m'avait fournis la palpation combinée au toucher, je restai convaincu que l'ascite était sous la dépendance d'une affection des organes génitaux et, abandonnant l'idée d'un fibrome, je pensai à l'existence d'une tumeur ovarienne probablement papillomateuse.

Je proposai à la malade une intervention chirurgicale, elle accepta et je l'opérai peu de temps après, avec l'assistance de mon ami, M. le Dr Nitot, dans sa maison de santé.

J'étais décidé à faire une laparotomie pour constater les lésions, quitte à me contenter d'une laparotomie exploratrice si je reconnaissais l'impossibilité d'une intervention utile.

L'ouverture du ventre donna issue, après incision du péritoine, à une quinzaine de litres de liquide ascitique ordinaire et en même temps je vis apparaître à travers la plaie abdominale une tumeur qui n'était autre chose qu'une tumeur végétante de l'ovaire gauche, insérée par un pédicule assez large à la corne utérine gauche. L'ablation en fut des plus simples. Du côté droit, les annexes étaient normales, mais il existait une bride épiploïque très épaisse et très résistante qui, attachée à la corne utérine droite, exerçait sur l'utérus une traction très énergique; je la sectionnai entre deux ligatures. Pour terminer l'opération, je pratiquai un lavage du péritoine, puis je plaçai dans le petit bassin un drain que je fis ressortir par le cul-de-sac postérieur de façon à assurer le libre écoulement des liquides par le vagin.

Les suites opératoires furent excellentes et la malade quitta la maison de santé au bout d'un mois, en parfait état.

Voilà donc un cas qui est assez intéressant, par la difficulté du diagnostic d'une part, et de l'autre, par le service que la laparotomie a rendu à la malade. L'affection dont elle souffrait, étiquetée comme médicale par deux médecins, appartenait au contraire au domaine de la chirurgie et ce fait prouve une fois de plus combien, en présence d'un cas douteux et chaque fois que le diagnostic ne peut pas être fermement posé, la laparotomie exploratrice est indiquée, sans que le médecin qui la pratique puisse être qualifié d'interventionniste à outrance.

**Discussion.** — M. JOUIN. — Le cas présenté par M. Tournaint est fort intéressant et j'en ai entendu la communication avec grand plaisir. Je tiens à dire cependant que le fait n'est pas extraordinaire. Péan, le premier, a bien montré les rapports qui existent entre l'ascite — l'ascite très développée — et un petit kyste végétant de l'ovaire.

Souvent, alors que j'étais son interne, je l'ai vu dans des cas de ce genre faire un diagnostic très positif et dans un ascite considérable partir à la recherche de l'ovaire malade.

Il a donné dans son *Traité des tumeurs de l'abdomen* une description très complète de ces faits qui ne sauraient donc plus être considérés comme nouveaux.

M. PICHEVIN. — Je suis assez étonné d'entendre les affirmations de M. Jouin. Il nous dit que M. Péan, quand il se trouve

en présence d'une ascite, a l'habitude de porter le diagnostic de kyste végétant de l'ovaire et de faire la laparotomie qui démontre l'exactitude de son hypothèse.

Si bénigne que soit l'incision de la paroi abdominale, je ne pense pas qu'il faille pratiquer la laparotomie exploratrice lorsque le diagnostic s'est arrêté à cette simple constatation : présence de liquide dans la cavité abdominale.

Pour diagnostiquer un kyste de l'ovaire végétant ou non, faut-il au moins qu'on ait senti (1) à un moment quelconque une tumeur pouvant provenir des annexes. La coexistence d'une ascite abondante et d'une tumeur des annexes fait soupçonner la tumeur papillaire des annexes. Mais cela ne suffit pas encore pour pouvoir porter le diagnostic qui est parfois fort difficile.

On sera autorisé à le faire quand on constate qu'il existe une tumeur développée aux dépens des annexes des deux côtés lorsqu'on trouve une ascite considérable avec une petite tumeur, lorsque l'épanchement a acquis rapidement un grand volume ou quand on assiste au rapide développement des tumeurs.

M. JOUIN. — Je n'ai pas dit que Péan, devant un cas quelconque d'ascite, diagnostique toujours des kystes végétants de l'ovaire, ce qui serait absurde. J'ai tenu simplement à établir ce fait qu'il a le premier bien établi les rapports qui existent entre l'ascite et les kystes végétants. Sa description est très complète et si j'en donne pas les symptômes que vient d'indiquer M. Pichevin, c'est que depuis les travaux des chirurgiens de Saint-Louis ces symptômes sont connus, et doivent être considérés comme classiques.

M. TOUVENAIN. — D'accord, mais dans le cas que j'ai relaté, l'ascite était considérable et il était impossible de faire le diagnostic.

**Expulsion d'un œuf complet à 7 mois de grossesse; membranes intactes, enfant vivant,** par Joseph FORMAN, externe des hôpitaux. — J'ai l'honneur de présenter à la Société d'obstétrique et de gynécologie l'observation d'un cas d'expulsion

(1) Je crois que tel a été le cas pour M. Touvenain.

d'un œuf complet à 7 mois de grossesse, auquel il m'a été donné d'assister il y a quelque temps.

Le 31 décembre 1894, je faisais la garde à l'hôpital Saint-Antoine. Vers 4 h. 1/2 de l'après-midi on vint m'appeler auprès d'une femme, Léonie L..., atteinte de pleuro-pneumonie et enceinte de 7 mois à peu près, que l'infirmière me disait être en train d'accoucher.

Je me rendis immédiatement auprès de la parturiente. A mon entrée dans la salle, la surveillante me reçut par ces mots :

« Monsieur, il y a déjà quelques minutes que l'accouchement est terminé ; mais il est sorti quelque chose de drôle, que je n'ai pas osé toucher. » En effet, en découvrant la malade, j'aperçus entre ses cuisses, baignant dans une large flaque de sang, une masse inerte, sans signes de vie apparents au premier abord, une poche volumineuse à parois flasques et opalescentes. Je reconnus immédiatement qu'il s'agissait d'un œuf complet, dont il ne s'écoulait pas une seule goutte de liquide, preuve de l'intégrité absolue des membranes. Pas tout à fait au pôle inférieur était inséré le placenta, tandis qu'au pôle opposé, rapproché du périnée de la mère, je voyais la tête de l'enfant à travers les membranes. Le fœtus était-il vivant ? En le touchant de la main au travers des enveloppes, je le sentis encore chaud et opposer à mon attouchement une résistance élastique qu'on ne trouve guère sur le cadavre.

Toutefois, je m'occupais d'abord de la mère ; je redoutais quelque hémorrhagie grave, un renversement de l'utérus, une syncope, bref, tous les accidents qui peuvent résulter d'un décollement brusque et prématuré du gâteau placentaire. Par bonheur, mes craintes se trouvèrent dénuées de fondement.

Presque instinctivement ma main s'était portée sur l'abdomen de la parturiente : je sentais parfaitement le globe utérin durcir sous ma main ; il ne remontait pas tout à fait jusqu'au niveau de l'ombilic. Tranquille de ce côté, je revins au fœtus ; et, sans m'attarder à rompre les membranes avec les doigts, je les fendis promptement d'un coup de ciseaux. Il s'écoulait alors à peu près 450 gr. de liquide amniotique.

L'enfant, une petite fille, était pelotonnée sur elle-même, et sa peau présentait une coloration violacée.

Au cordon ombilical, qui faisait un circulaire autour du cou de l'enfant, je ne perçus plus aucun battement.

Une pince hémostatique jetée sur ce cordon me permit d'en faire la section immédiate, quitte à faire la ligature plus tard. De la surface de section du bout placentaire, pas une goutte de sang ne s'écoula.

L'enfant étant en état d'asphyxie et ne respirant pas, je fis la désobstruction des voies aériennes et l'insufflation de bouche à bouche ; ces manœuvres, jointes à des flagellations, à un bain chaud et à des lotions froides sur le creux épigastrique, eurent pour résultat de la ramener dans quelques minutes à la vie ; la respiration s'établit peu à peu et bientôt j'eus la satisfaction d'entendre l'enfant pousser des cris, faibles d'abord, mais ensuite plus vifs et plus vigoureux.

Après lui avoir lavé les yeux, je l'abandonnai à la surveillante qui finit sa toilette, l'enveloppa d'ouate et la réchauffa avec des boules chaudes. Pendant ce temps, je m'occupai de la mère, qui n'eut aucune perte sanguine et dont le périnée se trouva tout à fait intact à l'examen, sans présenter la moindre éraillure. Je fis une injection intra-utérine et pus bientôt me retirer après avoir donné à la parturiente les premiers soins.

Cette femme est âgée de 26 ans et est journalière. Souffrante depuis quelques jours, elle était entrée la veille à l'hôpital ; l'examen clinique avait révélé chez elle une pleuro-pneumonie, mais sans épanchement. Les urines de la malade ne contenaient pas trace d'albumine.

De taille moyenne, cette femme, sans jamais avoir fait de grande maladie, était d'une constitution plutôt délicate.

Elle a eu ses premières règles à 13 ans ; celles-ci duraient ordinairement 5-6 jours, étaient régulières tous les mois et très abondantes.

Mariée à 20 ans, elle a eu un premier enfant à 22 ans. L'enfant, à terme, s'était présenté par le sommet. C'était une petite fille, pesant 5-6 livres, morte à l'âge de 6 semaines à la suite de diarrhées vertes.

La parturiente a eu ses dernières règles vers le 25 mai 1894. Au moment de son accouchement prématuré elle était donc enceinte de 7 mois à peu près.

Sa grossesse a été exempte des malaises qui font le cortège habituel de cet état.

Le 31 décembre, la malade, dont rien ne faisait prévoir un accouchement si proche, a eu quelques petites douleurs dans l'abdomen et dans la région lombaire, douleurs qui n'étaient pas du tout semblables à celles qu'elle avait ressenties à son premier accouchement, et qu'elle rattachait à sa maladie ; car ce jour-là elle avait 39°3 de température.

Vers 4 h. de l'après-midi, on lui avait posé des ventouses à la base des poumons.

Quelques minutes après, elle ressentit un vif besoin d'aller à la garde-robe, suivi d'une forte poussée, qui lui arrachait le cri : « J'ai mal au ventre, j'accouche. »

Et en même temps l'œuf était expulsé avec une certaine quantité de sang.

Avant l'expulsion, ni pendant la grossesse, la malade n'avait pas eu le moindre écoulement sanguin.

Quant à l'enfant, vivace et parfaitement viable, bien que faible, elle chercha tout de suite à téter. Elle pesait 1.550 gr. et mesurait 39-40 cm. de long. Faute de céphalomètre, je n'ai pas pu procéder aux mensurations de la tête.

Le placenta, absolument normal, pesait 440 gr. environ.

Le cordon ombilical, très gélatineux, avait une longueur de 48 cm.

Quant aux membranes, elles me semblaient bien plus épaisses qu'à l'ordinaire, et ne présentaient pas la moindre éraflure.

Les suites de couches furent normales ; dès le lendemain, on eut à noter une défervescence dans la température de la malade. Les lochies n'ont pas été fétides un seul moment et cessèrent après le 3<sup>e</sup> jour.

Malheureusement dans la suite, la malade a eu dans la plèvre un épanchement purulent considérable et sa vie semble bien compromise.

Quant à l'enfant, atteinte de faiblesse congénitale et peut-être aussi par suite du retentissement de la maladie de la mère sur sa frêle constitution, elle a succombé le 1<sup>er</sup> janvier 1895, à 9 h. du matin, après avoir vécu 16 heures.

Bien qu'elle fût née coiffée, cela ne devait porter bonheur, ni à elle, ni à sa mère.



Si j'ai cru pouvoir donner communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de cette observation, c'est qu'à plus d'un point de vue elle me semble présenter un certain intérêt.

En effet, si déjà il est très rare de voir l'œuf expulsé en bloc après le 3<sup>e</sup> mois de la grossesse, cette expulsion complète avec un enfant vivant et viable est tout à fait exceptionnelle.

Néanmoins, j'ai pu retrouver un certain nombre de cas semblables dans la littérature française et étrangère ; tels sont par exemple ceux de Diemberbroeck (1), Evans (2), Marson (3), Hofheimer (4), Chalot (5), Szokalski (6), Forrance (7), Mackness (8), Rootes (9), Cribb (10).

A en juger, d'après la façon dont l'œuf expulsé, auquel on n'avait pas touché, était placé, il est vraisemblable que l'accouchement s'est fait par le siège et que le placenta, bien qu'inséré très bas, n'était pas prævia.

Un autre point intéressant est la rapidité de l'expulsion, qui a eu lieu en quelques secondes. Cette rapidité, ainsi que l'absence de douleur, ne seraient-elles pas imputables, jusqu'à un certain point, à la maladie infectieuse de la mère ?

En dernier lieu, je voudrais attirer l'attention sur le temps qui s'est écoulé entre l'expulsion de l'œuf et mon arrivée, laps de temps que j'estime avoir été de 10 minutes environ ; en considérant d'autre part la rapidité avec laquelle l'enfant est revenue à la vie, je crois pouvoir conclure que la circulation entre le placenta et le fœtus a persisté un certain temps après la sortie de l'œuf ; dans le cas de M. Marson (11), le cordon ombilical présentait encore des battements 3/4 d'heure après la sortie de l'œuf.

Quant aux causes qui ont présidé à cette expulsion en bloc avec les membranes intactes, elles doivent être multiples : Le

(1) Diemberbroeck : *Opera omnia anatomica et medica*, 1868.

(2) Evans : *Canada medical Journal*, 1852.

(3) Marson : *Journal des connais. méd. chirurg.*, 1833.

(4) Hofheimer : *American Journal of obst.*, 1887.

(5) Chalot : *Gazette hebdom. des sciences méd.*, 1882.

(6) Szokalski : *Gaz. des hôpitaux*, 1839.

(7) Forrance : *The Lancet*, 1845.

(8) Mackness : *The Lancet*, 1846.

(9) Rootes : *The Lancet*, 1845.

(10) Cribb : *Journal für Geburtshilfe de Siebold*, 1829.

(11) Loc. cit,

cordon, qui ne mesurait que 48 cm. de long, a été réduit en cordon trop court par le circulaire du cou, et cette brièveté peut expliquer dans une certaine mesure le décollement prématuré du placenta, comme l'a montré Dumarcet (1) dans sa thèse.

La maladie aiguë de la mère a dû amener certaines modifications de la muqueuse utérine, et faciliter le décollement du placenta et des membranes.

Enfin, l'extrême laxité des parties molles et la résistance exagérée des membranes, sont encore des facteurs qu'on peut invoquer pour l'explication de ce singulier accouchement.

**Discussion.** — M. BUDIN. — On peut citer comme cas analogue, celui de Simson dans lequel les personnes présentes à l'accouchement ont été tellement étonnées qu'elles n'ont pas eu l'idée d'ouvrir les membranes et ont laissé mourir l'enfant. La malade de M. Forman a eu une pleurésie purulente; il ne faudrait pas croire, comme on l'a pensé longtemps, que toute pleurésie survenue chez une accouchée soit fatalement destinée à devenir purulente.

M. CHARPENTIER. — J'ai été appelé auprès d'une jeune femme que je trouvais presque mourante de septicémie puerpérale. Je lui fis un curetage et elle guérit. Vers le 12<sup>e</sup> jour elle eut une pleurésie a frigore, on lui fit une ponction et on retira un liquide séreux. Plusieurs jours après nouvelle ponction qui, cette fois, donna issue à du liquide purulent.

M. PICHEVIN. — Je me permettrai de faire remarquer à M. Charpentier que son observation n'est peut-être pas absolument démonstrative. Le liquide retiré la première fois était peut-être déjà purulent, du moins microscopiquement.

J'ai eu l'occasion de constater une pleurésie.

Une semaine environ après l'accouchement, une jeune dame qui avait eu des suites de couches normales fut prise subitement d'un violent frisson, de toux, de dyspnée et d'une douleur dans le ventre.

Du côté des annexes gauches, il y avait de l'empâtement et de la sensibilité.

(1) Dumarcet : *Thèse de Paris*, 1892.

Le lendemain je reconnus l'existence d'une pleurésie gauche avec épanchement.

La fièvre était élevée à plus de 390, l'état général peu satisfaisant. L'urine contenait un peu d'albumine.

L'épanchement augmenta vite, remonta très haut, et bientôt je fus obligé de faire une ponction d'urgence par suite du déplacement du cœur et de la dyspnée. J'avoue que je m'attendais à retirer un liquide purulent (j'avais fait la thoracentèse sans attendre M. Duguet que j'avais demandé en consultation). Je retirerai un litre seulement de liquide clair, séreux.

Le lendemain, M. Duguet me reproche amicalement de n'avoir pas évacué, suivant sa méthode, la totalité de l'épanchement pleural.

Fait remarquable, l'amélioration la plus nette suivit l'évacuation. L'état général s'amenda rapidement et l'épanchement se résorba en quelques jours.

L'amaigrissement survenu en peu de temps, l'œdème des membres inférieurs, l'apparition d'une phlegmatia alba dolens ou d'une pleurésie mettront sur la voie du diagnostic, mais à une époque déjà avancée.

Parfois, le toucher vaginal ou rectal permet de constater nettement l'existence de plusieurs petites masses arrondies ressemblant à des grains de raisin et faisant saillie à la surface d'une tumeur pelvienne. Ce signe m'a été très utile dans un cas difficile.

Chez une autre malade, le diagnostic était hésitant. Tantôt on croyait à un énorme kyste de l'ovaire, tantôt à une ascite. Les signes classiques différentiels n'étaient pas nets. Comme les autres, j'avais changé deux fois de diagnostic, quand je parvins à sentir dans le cul-de-sac gauche une tumeur dure arrondie du volume du poing, ballottant dans la grande masse liquide. Dès lors nous pensâmes qu'il s'agissait d'un kyste papillaire avec ascite considérable. La laparotomie permit de vérifier ce diagnostic.

M. BAR. — On ne l'observe plus guère actuellement même chez les femmes très infectées. Ce qu'on voit, c'est à la fin des infections, des épanchements critiques, dont le liquide est stérile, et qui sont généralement d'un excellent pronostic.

M. DOLÉRIS. — J'appuie d'autant plus l'affirmation de M. Bar, qu'en fait, il est reconnu aujourd'hui que la qualité de l'exsudat prouve peu de chose quant à sa septicité. Ce qui importe c'est la nature du germe pathogène.

En fait, la collection pleurale de nature séreuse, au moment de la ponction précoce, peut devenir purulente par la suite.

Il en est de même dans l'érysipèle qui commence par une rougeur érythémateuse, se continue par une phlyctène séreuse et se termine parfois par un exsudat purulent. Ce qu'il faudrait nous dire ici, c'est, si l'on a trouvé un microbe dans l'exsudat : pneumocoque ou streptocoque ? A supposer même que le liquide eût été reconnu stérile, cela ne prouverait pas qu'il ne soit pas de nature septique rien que par les ptomaines dissoutes qu'il pourrait contenir. Les décharges critiques vers les séreuses, articulations ou plèvre, sont souvent stériles, quoique procédant de toute évidence, d'un foyer septique éloigné. La fièvre, le frisson, sont surtout l'indice de l'intoxication générale par le poison fabriqué par les germes pathogènes.

Autre considération. M. Budin a supposé que l'antisepsie génitale bien faite, a, dans le cas actuel, prévenu la contamination secondaire du foyer pleural ; cela est plausible, en tant que ce foyer n'était pas antérieurement microbien. Mais il y a une contre-partie intéressante. C'est que le foyer pleuro-pulmonaire, qui pouvait et devait être engendré par un microbe, le *pneumocoque* probablement, n'a pas influencé le domaine génital, très prédisposé cependant, en raison du traumatisme récent de l'accouchement. Ici l'antisepsie pourrait donc, à la rigueur, être considérée comme ayant été doublement utile : pour prévenir l'infection primitive de l'utérus et la répercussion secondaire de la pleuro-pneumonie sur cet organe, que l'on sait susceptible d'infection par le pneumocoque.

M. GUÉNIOT. — Dans l'état de couches il y a des pleurésies qui peuvent être séreuses, d'autres purulentes. J'ai vu, avant l'antisepsie, deux accouchées qui ont eu des pleurésies qui se sont terminées très sérieusement. La purulence n'est pas une chose obligatoire.

M. FORMAN. — Chez ma malade, la pleurésie n'a été diagnostiquée que le quatrième jour après l'accouchement.

La température immédiatement après l'accouchement était descendue à la normale, puis elle est remontée au moment où s'est fait l'épanchement.

Le deuxième jour on a retiré 500 gr. de liquide purulent et un litre quelques jours après. Le liquide contenait des pneumocoques.

**Elections :**

Membres correspondants nationaux :

MM. LUGEOL (Bordeaux). — DUMONT (Tourcoing).

Membres correspondants étrangers :

MM. DUDLEY (Paterson). — HARRIS (Chicago). — HUNTER-ROBB (Cleveland). — MONTOYA (Medellin).

Ont été élus à l'unanimité des suffrages :

---

**Erratum.** — Transporter de la page 134 les trois derniers paragraphes de la réponse de M. PICHEVIN à M. FORMAN, de la ligne 18 commençant par : « L'amaigrissement survenu, etc... » à la ligne 35 finissant par : « la laparotomie permet de vérifier le diagnostic »,

à la page 128, à la fin de sa réplique à M. TOUVENAIN, à la suite de la phrase « ou quand on assiste au rapide développement des tumeurs ».

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du Jeudi 28 Mars 1895.*

Présidence de M. RICHELOT, vice-président.

*Sommaire :* La séance est ouverte à 3 heures 40.

*Correspondance manuscrite.* — Lettres de MM. LUGEOL et DUMONT remerciant la Société de leur nomination au titre de membre correspondant national.

*Correspondance imprimée.* — Journaux français et étrangers.

*Présentation.* — Tumeur fibreuse du pli de l'aîne par M. DOLÉRIS.  
— *Suite de la discussion sur la thérapeutique intra-utérine :* MM. DUMONT-PALLIER, PICHEVIN, CHARPENTIER, DOLÉRIS, PETIT, BONNET, BUDIN. — M. MERLE : Statistique du service d'accouchements de la Charité d'octobre 1891 à décembre 1894.

**Présentation.** — M. Doléris présente une tumeur fibreuse de la région inguinale droite. Il y a quatre ans, il avait enlevé chez la sœur de sa malade, une tumeur de même nature et siégeant à la même région. Il y a une assimilation à faire entre ce cas et ce qui a lieu pour certaines tumeurs, les *nœvi* par exemple, qu'il n'est pas rare de rencontrer chez des membres d'une même famille.

## DISCUSSION SUR LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE, A PROPOS DE LA COMMUNICATION DE M. PETIT.

M. DUMONT-PALLIER : Mon intention en prenant la parole n'est point de faire une dissertation sur le traitement de l'endométrite, mais de répondre aujourd'hui, puisque l'occasion m'en

est offerte, à diverses objections qui ont été faites au traitement que j'ai préconisé par les crayons de chlorure de zinc et incidemment je dirai quelle est la pratique thérapeutique à laquelle je me suis arrêté depuis plusieurs années.

Ceux de nos confrères qui voudraient être complètement éclairés sur les différents modes de traitement que j'ai successivement employés pourront consulter les communications que j'ai faites à l'Académie de médecine en juin 1889, en mai 1890 et en août 1891 ; de plus, ils pourront lire dans *Berliner klin. Wockenschrift* (1891, n° 17) un mémoire du Dr Schaeffer (1) où l'auteur a écrit en italique « *le traitement de Dumontpallier par le crayon de chlorure de zinc est un traitement de très grande valeur dans l'endométrite.* »

Il était donc tout naturel que j'écrivisse, dans ma communication d'août 1891 à l'Académie de médecine, que l'appréciation d'un savant étranger était bien faite pour compenser certaines critiques que j'avais jugées un peu passionnées.

En effet, à l'occasion d'un rapport sur sept observations d'endométrite traitée par le curettage, M. le Professeur Le Dentu avait fait la critique du traitement par le chlorure de zinc (2), oubliant peut-être un peu trop facilement que son collègue M. Polaillon avait en 1889 fait un rapport favorable sur le dit traitement (3), rapport dont les conclusions furent adoptées par l'Académie.

Je pensai à cette époque que la bonne foi de M. Le Dentu avait été surprise et que les documents qui lui avaient été fournis par différentes personnes n'avaient pas toute la valeur qu'il avait cru pouvoir leur accorder. M. Le Dentu reconnaissait, du reste, dans la discussion qui suivit la lecture de son rapport, qu'il n'avait aucune expérience personnelle sur la question et qu'il avait établi son réquisitoire sur des faits qui lui avaient été communiqués, et il ajoutait : j'ai

(1) Policlinique gynécologique du docteur J. Veit. Berlin.

(2) Bulletin de l'Académie de médecine, 27 janvier 1891.

(3) Ib. Académie de médecine, 23 juillet 1889.

voulu m'élever contre la méthode de Dumontpallier, j'ai voulu démontrer la supériorité du curettage et l'Académie qui, le 23 juillet, avait voté les conclusions favorables du rapport de M. Polaillon, votait les conclusions défavorables du rapport de M. Le Dentu le 27 janvier 1891.

Que reprochait-on au traitement par le chlorure de zinc ? De produire une douleur plus ou moins vive ; mais dans mes diverses publications j'ai fait remarquer que la douleur n'existait que dans la moitié des observations et qu'il n'était même pas besoin de faire usage de la morphine pour calmer cette douleur.

On reprochait encore au chlorure de zinc d'exposer les femmes à l'atrésie et à la sténose de la cavité cervico-utérine dans une étendue variable. Mais n'avais-je pas eu soin, dans ma première communication à l'Académie, de faire remarquer que l'atrésie pouvait être constatée 5 à 6 fois sur cent opérées et encore que cela n'était à craindre que sur les opérées qui ne seraient pas suivies avec assez d'attention et que cette complication pouvait être conjurée par une dilatation méthodique et suffisamment continuée.

Mais si l'atrésie existait, il fallait redouter la rétention du sang menstruel dans la cavité utérine, l'hématosalpinx, peut-être l'hématocèle. Une menstruation douloureuse, l'impossibilité de la fécondation et, à l'appui de ces complications possibles post-opératoires, on apportait 54 observations dont cinq auraient été fournies par des malades opérées par moi. Je n'ai pas revu ces malades et peut-être quelques-unes d'entre elles se sont-elles présentées à différentes époques dans divers services hospitaliers officiels ou dans les cliniques privées et libres si nombreuses aujourd'hui, si bien que la même malade aurait pu être vue successivement par divers observateurs exclusivement partisans du curettage. Je ne parlerai que pour mémoire d'une malade atrésique qui avait été opérée à Neker par un de mes anciens élèves, le Dr Janet, et au sujet de laquelle on avait fait grand bruit, parce que, disait-on, M. Janet avait été l'interne de M. Dumontpallier et connais-



sait donc bien la méthode de son maître, etc., etc. J'interrogeai mon élève et ami, le Dr Janet, et j'appris que la dite opérée était sortie subitement de Necker le 5<sup>e</sup> jour de l'opération et qu'elle n'était pas revenue en heure opportune pour la continuation du traitement.

Doit-on en ce cas accuser la méthode, l'opérateur ou l'opérée ? Je crois que dans beaucoup de cas il en a été de même et je suis autorisé à émettre cette interprétation, parce que j'ai opéré, je le répète, des centaines de malades dans mon service à l'Hôtel-Dieu et en ville et que je n'ai eu que très rarement à constater l'atrésie infranchissable et encore, je le répète aussi, parce que les opérées n'avaient pas été soignées avec assez d'assiduité et un temps assez long.

Quoi qu'il en soit, il faut toujours penser à la sténose, à l'atrésie *progressive tardive*, et agir de façon à la prévenir. Cela me conduisit à parler de la composition des crayons de chlorure de zinc.

Ce n'est pas de parti pris que j'ai fait usage des bâtons de pâte de Canquoin, c'est après avoir reconnu l'insuffisance et la lenteur d'action curative des différentes solutions du chlorure de zinc, d'abord suivant les formules d'Ehler et de Bröse, puis les inconvénients et les dangers de l'emploi du chlorure de zinc à l'état sirupeux, que j'ai eu l'idée de faire usage de la pâte de Canquoin, et cela parce qu'alors on pouvait mesurer la quantité active du caustique.

Je crois qu'on a commis une erreur en prétendant que Canquoin avait introduit et laissé à demeure dans la matrice la pâte dont il est l'inventeur. Dans le livre de Canquoin où il est relaté 26 observations d'ulcères de la matrice, on constate que le traitement qu'il employait était complexe, nitrate acide de mercure, chlorure d'or, chlorure de zinc en solutions plus ou moins concentrées ; il touchait les ulcères et quand il portait le caustique dans la cavité utérine, ce qu'il faisait très rarement, c'était à l'état d'une solution de chlorure de zinc et d'acide nitrique dont il imbibait un petit tampon de co-

ton, mais il ne laissait pas le tampon à demeure. S'il agissait autrement et si, dans une publication autre que la 3<sup>e</sup> édition de son ouvrage, « *traitement du cancer, exposé complet de la méthode du docteur Canquoin, excluant toute opération par l'instrument tranchant* (1) », il est dit qu'il ait posé en principe d'introduire et de laisser à demeure dans la matrice un fragment plus ou moins considérable de pâte, je m'empresserai de faire amende honorable.

Il est juste de rappeler que M. Polaillon, lors de la lecture de son rapport en 1889, a dit qu'il avait fait usage de la flèche de chlorure en 1883, mais je ne sache pas qu'il ait publié aucune observation sur ce sujet avant ma première communication à l'Académie de médecine. M. Polaillon dit bien qu'il a fait usage de la pâte de Canquoin sous forme de flèche laissée à demeure, mais il ne donne pas le numéro de la pâte de Canquoin qu'il a employée, et cela a une grande importance, parce que la causticité varie avec le numéro de la préparation.

Depuis longtemps j'ai donné la formule de : une partie de chlorure de zinc pour deux parties de farine de seigle ; cette formule répond à la composition n° 2 de la pâte de Canquoin. Autrefois, c'est-à-dire au début de mes recherches, j'employais des bâtons ou crayons de 2 grammes de poids pour 7 centimètres 1/2 de longueur ; l'expérience m'a appris que l'action caustique de semblables crayons était trop profonde, et depuis cinq années je ne fais plus usage que de crayons pesant 1 gr. pour 7 centimètres 1/2 de longueur, lesquels ne renferment que 0,33 centigr. de chlorure de zinc pour 0,66 de farine de seigle. Les eschares produites par cette composition sont rejetées par fragments et ont une très faible épaisseur.

De plus, afin de protéger l'isthme et surtout l'orifice interne du col utérin contre une action caustique trop profonde, j'ai soin de garnir la portion correspondante du crayon avec un ou plusieurs circulaires de papier d'étain ; de la sorte, l'isthme

(1) Paris, J. B. Ballière, 1838. 3<sup>e</sup> édition.

ne subit point l'action directe du caustique et n'est en contact qu'avec la petite partie du caustique qui peut fluer de la cavité utérine vers le col utérin. Quant à la portion de la muqueuse du col, elle se trouve en contact direct avec la portion du crayon qui occupe la cavité cervicale, et la cautérisation modifie profondément les glandes du col.

Avec ce nouveau crayon, la douleur éprouvée, lorsqu'elle existe, est négligeable et n'est pas produite dans la moitié des cas. Jamais je n'ai constaté de complication péri-utérine et, lorsque cette inflammation existe avant l'application, je l'ai vue disparaître en même temps que l'endométrite, si bien que l'on était autorisé, dans ces cas, à supposer que la péri-mérite était la conséquence de l'endométrite.

J'ai donné antérieurement (communication à l'Académie, mai 1890) la description histologique de l'eschare qui témoignait de l'altération des glandes du corps et du col de l'utérus chez les opérées ; cette étude microscopique avait été faite sur plusieurs eschares par des internes des hôpitaux, MM. Lieffring, de Grandmaison, Belin, et avait été confirmée par M. le professeur Cornil. De plus, il a été établi que la muqueuse utérine se reproduisait après la chute de l'eschare, ainsi qu'en témoignait cliniquement le retour normal de la fonction de la muqueuse utérine avec écoulement menstruel normal, la fécondation après l'opération, l'évolution régulière de la grossesse et enfin lorsqu'une même malade était de nouveau affectée d'endométrite gonococcique, plusieurs mois après la première opération, M. Lieffring a pu, en faisant l'examen microscopique de la seconde eschare, constater la reconstitution de la muqueuse utérine.

Il était donc naturel de conclure à la possibilité de la grossesse après l'opération, ce qui a été établi en particulier chez une jeune femme qui avait été opérée à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Professeur Sée, par MM. les docteurs Durand-Fardel et de Grandmaison, et laquelle opérée revenait huit ou dix mois après l'opération pour accoucher avant terme (sixième

mois) dans le service de M. le professeur Proust. Parmi les cas de grossesse terminée au terme normal, je rapporterai entre autres, l'observation d'une jeune femme de 28 ans, mariée depuis huit années sans être devenue enceinte et qui, douze mois après la cautérisation avec le crayon au chlorure de zinc, mettait au monde une petite fille très bien portante. Une autre dame, américaine, âgée de 27 ans, mariée depuis neuf années, très malheureuse de n'avoir pas d'enfants et qui trois fois avait été curettée sans succès à des époques différentes par des médecins et chirurgiens américains. Cette dame me demandait mes soins et mettait au monde un enfant très bien portant treize à quatorze mois après avoir été guérie d'une endométrite chronique purulente par l'application du crayon de chlorure de zinc. J'ai revu cette dame au mois de septembre 1894 ; elle a maintenant deux enfants et est très bien portante. Cette dame, je le répète, avait été curettée trois fois sans succès et sa position sociale lui permettait de faire choix des meilleurs opérateurs.

Je me garderai bien, à cette occasion, de prétendre que le chlorure de zinc peut donner des résultats qui ne seraient pas obtenus avec le curettage ; mais ne suis-je pas autorisé à croire que le chlorure de zinc peut réussir là où, dans certains cas, le curettage n'a pas réussi. J'ai vu encore le chlorure de zinc réussir dans des cas d'endométrite chronique purulente ou hémorrhagique chez des malades qui avaient été curettées sans résultat favorable à l'hôpital Beaujon et à Necker, et de plus, à ma consultation à l'Hôtel-Dieu, nous avons vu plusieurs malades qui à la suite du curettage présentaient des atrésies ; M. Polaillon a fait allusion à des faits semblables dans son rapport du 23 juillet 1889. Il me convient de reconnaître que les caustiques peuvent, plus souvent que le fer, déterminer des atrésies ; mais je maintiens qu'avec des soins convenables on peut éviter cette complication prochaine ou éloignée.

Quant à la disparition totale de l'utérus rapportée par M. Bu-

din, à la suite de la cautérisation, qu'il me soit permis de faire remarquer que le fait est bien extraordinaire et je ne sais vraiment pas comment il pouvait être interprété. J'ai appris aussi qu'un médecin de province, après avoir appliqué le chlorure de zinc, avait constaté la disparition du col utérin ; que s'était-il passé ? Je l'ignore ; quelle était la préparation employée, comment l'opération avait-elle été conduite ? Jamais ni mes élèves ni moi n'avons constaté de faits semblables.

L'un des membres de notre Société me disait dernièrement qu'il désirait connaître ma pratique actuelle dans le traitement de l'endométrite chronique purulente ou hémorrhagique. Ma réponse est facile : depuis le mois de mai 1890, dans les cas où l'endométrite chronique est modérée dans ses manifestations, j'emploie les crayons de sulfate de cuivre dont j'ai donné la formule dans ma communication du 4 août 1891 à l'Académie de Médecine. Voici les conclusions du travail auquel je fais allusion : avec le sulfate de cuivre la douleur, lorsqu'elle existe, est négligeable ; rarement, trois à quatre fois sur cent, l'application du crayon de sulfate de cuivre peut déterminer de la périmérite passagère, sans gravité ; dans aucun cas je n'ai observé d'atrésie ni de sténose du canal cervico-utérin. Grand nombre de malades revues à l'hôpital ou à leur domicile n'avaient point eu de rechute après plusieurs mois et chez toutes les règles étaient normales.

Si l'on remarque que dans notre tableau l'emploi d'un seul crayon a été suffisant pour obtenir une guérison durable chez 60 malades sur 100, et que dans ces cas la moyenne de durée du traitement a été de 10 *jours*, ne sommes-nous pas autorisé à conclure que le traitement de l'endométrite chronique par le sulfate de cuivre offre de grands avantages, qui peuvent être ainsi résumés : Facilité d'application, absence de toute complication grave immédiate ou éloignée, courte durée du traitement et persistance de la guérison.

La conclusion pratique qui se déduit de cette étude est donc : commencer le traitement de l'endométrite chronique avec le

sulfate de cuivre, qui n'offre aucun inconvénient, et réserver le chlorure de zinc pour les cas rebelles.

Mais je maintiens que le chlorure de zinc, ainsi que cela ressort encore de la présente note, a des avantages incontestables sur tout autre mode de traitement local de l'endométrite, à la condition, bien entendu, d'employer le caustique *avec la mesure enseignée par l'expérience clinique*.

Cette conclusion, je la maintiens aujourd'hui, je n'ai rien à y modifier et depuis quatre années je n'ai pas eu à regretter d'y être resté fidèle dans ma pratique.

Lorsque l'endométrite n'a pas cédé à l'application d'un ou de plusieurs crayons de sulfate de cuivre, j'ai recours aux crayons de chlorure de zinc dont je vous ai donné la formule.

Quant à l'endométrite chronique que l'on observe chez les femmes âgées après la ménopause l'on peut avoir recours à des crayons chargés d'une plus forte proportion de chlorure de zinc, puisque l'atrésie même complète n'est plus à redouter. De même dans les cas de métrorrhagies graves continues ou à répétition que l'on observe au moment de la ménopause ou après la ménopause. Ajoutons que dans ces cas il y a avantage à détruire complètement une muqueuse qui peut devenir le siège d'un néoplasme de mauvaise nature. Je ne crois pas qu'aucun autre traitement local puisse donner des résultats aussi satisfaisants. Chacun sait que le chlorure de zinc est peut-être le meilleur agent antiseptique et le meilleur agent hémostatique. Et à cette occasion il m'est permis de rappeler que bien souvent après le curettage les chirurgiens ont recours au badigeonnage de la cavité utérine avec une solution de chlorure au 5° ou au 10°, confiants qu'ils sont dans l'action antiseptique et hémostatique du chlorure de zinc.

Me permettez-vous encore de rappeler que quelques chirurgiens et entre autres MM. les docteurs Périer et Nélaton, dans certains cas déterminés d'endométrite, introduisent dans la cavité utérine après dilatation préalable des tampons d'ouate chargés d'une solution de chlorure de zinc au 10°, tampons

qu'ils maintiennent dans l'utérus pendant quelques minutes ; puis au tampon ils substituent, tous les deux jours, jusqu'à l'apparition des règles, une mèche imbibée de naphthol camphré (1).

Je ne crois pas qu'on puisse me contredire si je fais remarquer qu'aujourd'hui on pratique le curettage beaucoup moins qu'il y a quelques années, il y a probablement de bonnes raisons pour agir ainsi, puisque des chirurgiens autorisés étudient maintenant d'autres méthodes pour guérir l'endométrite chronique, méthodes qui ne nécessitent plus l'emploi du chloroforme et ne provoquent plus d'hémorragies opératoires et mettront le traitement à la portée de tous les médecins.

M. PICHEVIN. — Je suis extrêmement étonné d'assister à la résurrection du bâtonnage de l'utérus. Je croyais que la méthode préconisée par M. Dumontpallier était définitivement enterrée et qu'il n'était plus question d'introduire dans l'utérus des tiges de chlorure de zinc.

En octobre 1890, la Société de chirurgie avait jugé et condamné le traitement de l'endométrite par la pâte de Canquoin. M. Polaillon lui-même, un des pères de la méthode, avait dû baisser pavillon devant la gravité et le nombre des accidents rapportés par ses collègues. L'effondrement de la méthode de M. Dumontpallier avait été le fait saillant de cette séance de la Société de chirurgie, ainsi que j'en ai le souvenir bien net.

Il m'était resté dans l'esprit que, quelques mois plus tard, M. Dumontpallier avait proposé de substituer le crayon de sulfate de cuivre, substance moins caustique, moins dangereuse, au bâton de pâte de Canquoin. C'était l'aveu tacite des dangers de la cautérisation telle qu'on l'avait pratiquée jusqu'à ce moment.

Du reste, de tous les côtés et à peu près dans tous les pays, on avait délaissé la méthode du bâtonnage de l'utérus, suivant la méthode de M. Dumontpallier.

(1) Voir *Semaine médicale*, 9 janvier 1895, analyse de la thèse inaugurale du docteur E. Fort.

Mais on vient de nouveau nous vanter les résultats de ce traitement !

M. Dumontpallier reproche à mon maître, M. le professeur Le Dentu, d'avoir essayé de lui contester la paternité du bâtonnage de l'utérus, d'avoir cité à tort Canquoin comme un des initiateurs de la méthode et d'avoir écrit un rapport à l'Académie contre la cautérisation intra-utérine sans avoir une expérience personnelle sur la question.

Ces reproches ne sont pas justifiés.

La première revendication a été faite par M. Polaillon, qui a avancé qu'en 1883, c'est-à-dire plusieurs années avant M. Dumontpallier, il se servait de la pâte de Canquoin, sous forme de flèche, dans le traitement des métrites.

L'emploi du chlorure de zinc dans la cure des inflammations utérines est de date plus ancienne.

C'est ici qu'il faut citer le nom de Canquoin qui s'était servi de son caustique, dès l'année 1841, pour combattre certaines affections de la matrice.

M. Dumontpallier nous a apporté l'*Exposé complet de la méthode du traitement du cancer*, par Canquoin, 3<sup>e</sup> édition. Il déclare qu'il l'a lu et que jamais Canquoin n'a introduit la pâte de chlorure de zinc dans la cavité utérine. Et M. Dumontpallier s'indigne qu'on ait fait des citations complètement inexactes pour lui enlever la paternité du bâtonnage.

Je crois que M. Dumontpallier fait erreur. M. Le Dentu a fait allusion, non pas au *Traité* de Canquoin que M. Dumontpallier nous montre triomphalement, mais à un autre ouvrage (1) dans lequel on trouve des renseignements curieux et intéressants.

(1) *Des caustiques en général et leur emploi en chirurgie par le Dr Canquoin* (de Dijon). Paris, chez Labé, et Dijon, chez l'auteur, 1861.

A plusieurs reprises, et dès 1841, Canquoin traitait certaines affections utérines par la cautérisation au chlorure de zinc ou par l'introduction de la pâte de chlorure de zinc dans la cavité utérine. En présence de pertes utérines, alors que le toucher et la vue ne donnaient aucun renseignement, au lieu de diagnostiquer simplement métrite



Si M. Dumontpallier n'est pas convaincu, il le sera peut-être davantage par la citation suivante.

On lit dans les leçons de Gallard la longue et intéressante histoire d'une femme atteinte de végétations intra-utérines rebelles à tous les traitements. A bout de ressources, Gallard consulta le professeur Richet qui lui conseilla de cautériser la cavité utérine avec la pâte de Canquoin (1), Gallard glissa dans l'utérus un cylindre de pâte de Canquoin qui ressemble singulièrement au propre bâton de M. Dumontpallier.

Différents auteurs ont employé la pâte de Canquoin dans le

hémorrhagique, Canquoin agissait d'une façon plus scientifique : il *dilatait largement l'utérus* avec des *éponges préparées* dans le but de faire le *diagnostic de la cause de l'hémorrhagie*. C'est ainsi qu'il cautérisa une plaie utérine, un polype, une tumeur de nature fongueuse. Dans un autre cas, il découvrit un corps d'apparence fibreuse et l'attaqua avec la pâte de Canquoin. Guérison se maintenant 10 ans après. Enfin, sa 27<sup>e</sup> observation a trait à une femme de 35 ans ayant des pertes incessantes, de l'anémie, malade depuis neuf ans, etc. Rien au col. Utérus mou, volume normal. Dilatation exploratrice de l'utérus avec une éponge préparée. Canquoin constate une carnosité aplatie par le refoulement de l'éponge et qui n'était qu'un fongus (celui-ci présentait le volume et à peu près la forme d'un noyau de prune). « Le lendemain je plaçai un morceau de pâte de chlorure de zinc que je fixai au préalable sur une petite lanière de toile avec un point d'aiguille. Je maintins cette application avec du coton haché menu dont je remplis l'intérieur du col au moyen d'une pince. Douleurs. » Chute de l'eschare le 7<sup>e</sup> jour. Guérison complète. L'opération a été faite en 1845 et le livre de Canquoin date de 1861.

Il n'est pas téméraire d'avancer que cette carnosité aplatie par l'éponge était une production polypeuse comme on en voit souvent dans l'endométrite fongueuse.

(1) Gallard. Leçons cliniques sur les maladies des femmes. Paris, 1870, p. 551.

« Conformément à cet avis, j'introduisis à deux reprises différentes dans la cavité utérine un cylindre de pâte de Canquoin ayant environ un demi-centimètre de diamètre et 6 centimètres de long. » Ce fait a été communiqué par Gallard en 1877. La fin de l'observation mérite une mention. Cette cautérisation n'arrête pas les hémorrhagies. M. Richet fit alors le curage de l'utérus et introduisit dans l'intérieur de la cavité de l'utérus un cylindre de pâte de Canquoin. Il y eut de la fièvre (39° à plusieurs reprises et une fois 39°9). « Comme résultat définitif, nous obtînmes l'oblitération complète des orifices du col. »

traitement des métrites du col, et Blanchard, en 1873, signalait les dangers de ce caustique (1).

Vers 1888, Broëse, Rheimstedter et Fritsch cautérisaient la muqueuse utérine à l'aide d'un bourdonnet d'ouate, qu'ils trempaient dans une solution aqueuse de chlorure de zinc (50 pour 100), qu'ils portaient dans le fond de l'utérus et qu'ils retiraient rapidement.

N'est-ce pas cette pratique qui a inspiré M. Dumontpallier quand il a découvert à nouveau la cautérisation avec la pâte de Canquoin ?

Je dois ajouter que, dès 1871, M. Périer ainsi que le constate M. Fort (2) — traitait la métrite par la cautérisation avec un glycérolé de chlorure de zinc au dixième.

M. le professeur Le Dentu avait donc raison de parler des précurseurs du bâtonnage et d'attribuer la paternité de la méthode à un autre qu'à M. Dumontpallier.

Je ne comprends pas l'objection qui a été faite par M. Polailon et qui vient d'être reproduite ici par M. Dumontpallier.

Vous dites que M. Le Dentu n'a pas d'expérience personnelle ? Mais n'a-t-il pas eu connaissance des méfaits de la cautérisation par les communications faites à la Société de chirurgie ? N'a-t-il pas eu dans sa clientèle et dans son service hospitalier des femmes qui avaient subi le traitement de M. Dumontpallier et qui venaient réclamer un soulagement à leurs douleurs ? N'a-t-il pas vu des malades bâtonnées par M. Dumontpallier lui-même et atteintes d'atrésie utérine ?

(1) Blanchard. *De la cautérisation de la cavité utérine dans la métrite chronique*, Th. Paris 1873. Blanchard avançait que le chlorure de zinc sous forme de pâte de Canquoin n'a pas donné de résultats heureux. « Ces divers agents (chlorure de zinc, potasse caustique, caustique de Filhos) ont une action trop énergique, atteignent les tissus profondément, laissant des pertes de substance dont les cicatrices se compliquent de sécrétions de l'utérus ou de rétrécissement du canal cervical ». Ces agents étaient réservés à la cautérisation du col « d'ailleurs par le fait même de leur intensité d'action, on ne peut songer à appliquer ces caustiques sur la muqueuse de la cavité du corps ».

(2) Traitement des métrites par la solution de chlorure de zinc au 1/10. Fort. Th., Paris, 1894.

De quelle expérience parlez-vous donc ? Allez-vous demander à un chirurgien qui a constaté de tels désastres de mettre dans un utérus enflammé un bâton ou une flèche de Canquoin, alors qu'il est si facile de traiter la métrite par le curage ?

Pas un chirurgien ne consentirait à agir de la sorte.

Quand on signale une atrésie utérine à la suite du bâtonnage, M. Dumontpallier s'empresse de demander le nom du médecin ou du chirurgien traitant.

La personnalité de l'opérateur importe peu, dans ce cas. Que ce soit le Grand-Maitre du bâtonnage lui-même ou le premier médecin venu qui introduise dans un utérus une tige de chlorure de zinc, le résultat sera identique, pourvu que la composition du bâton soit la même. Or, on a toujours dosé le médicament, suivant la formule de M. Dumontpallier.

Les méfaits de la cautérisation intra-utérine ne se comptent plus et tous les chirurgiens peuvent en fournir des exemples.

Le hasard me sert bien. Ce matin même M. Le Dentu a enlevé l'utérus d'une femme qui avait été soignée par M. Dumontpallier lui-même.

L'orifice du col est rétréci et livre passage à un stylet de trousse. La muqueuse utérine n'a pas son aspect normal. On dirait qu'elle est remplacée par du tissu fibreux. Tout le côté droit du fond de la cavité utérine est oblitéré. L'ostium uterinum n'existe plus. Des fragments ont été pris à différentes hauteurs et vont être soumis à l'examen microscopique.

Mon ami Petit, qui sait que je m'intéresse à la question des atrésies utérines, a bien voulu m'adresser un de nos confrères dont la femme a subi le traitement de M. Dumontpallier. Petit, qui soigne cette malade, nous dira dans quel triste état se trouve cette pauvre femme. Quant à notre confrère, il est désespéré, car il entrevoit la fin de cette aventure et il en est réduit à dilater sans cesse un utérus qui ne demande qu'à s'oblitérer.

Voilà les dernières victimes d'une méthode que je crois abandonnée depuis plusieurs années non seulement par la quasi-unanimité des chirurgiens, mais par la **grande majorité** des praticiens.

M. Dumontpallier nous dit que le curage de l'utérus perd du terrain, et comme preuve il cite l'exemple de MM. Périer et Nélaton, chirurgiens des hôpitaux, qui traitent l'endométrite à l'aide du chlorure de zinc.

Jamais le curage de la matrice n'a joui d'une plus grande vogue. La vérité est que les chirurgiens ont appris à mieux connaître les indications de cette opération qui s'applique avec tant de succès à l'endométrite corporéale. Ce que l'on sait bien depuis quelque temps, c'est que la curette ordinaire est à peu près impuissante à guérir la métrite du col. Déjà Emmet employait la curette-scie de Gaillard-Thomas pour déchirer les kystes du col. Doléris a inventé la herse dans le même but. Petit et Bonnet ont fait construire une curette-rabot. J'ai employé il y a deux ou trois ans (voir thèse de Des Fontaines) une curette-varlope que j'ai abandonnée. Dans les cas légers de cervicite, on peut se servir de ces instruments qui enlèvent des copeaux de muqueuse cervicale. L'opération de Bouilly me semble préférable. Mais dès que les lésions du col sont un peu sérieuses, c'est à l'opération de Schröder qu'il faut recourir. Donc, nécessité de traiter d'une façon spéciale la métrite du col, du reste, si tenace. A part cette restriction le curage est une excellente opération dans le traitement des endométrites.

M. Dumontpallier nous dit que MM. Périer et Nélaton ont abandonné le curage de l'utérus. Je me permets de faire quelques réserves à ce sujet.

Ce que je sais, c'est que M. Périer traitait quelquefois certaines métrites de la façon suivante :

Après avoir bien dilaté l'utérus avec une tige de laminaire, M. Périer introduisait dans l'utérus un tampon d'ouate trempé dans un *glycérolé* de chlorure de zinc (*au dixième*) et laissait

le tampon *pendant 5 minutes* dans la cavité utérine. Il mettait ensuite une gaze naphtolée dans la matrice.

Ce procédé peut être rapproché de celui des gynécologistes allemands, mais il diffère beaucoup de la méthode de M. Dumontpallier.

M. CHARPENTIER. — Personne n'a jamais contesté l'action puissante du chlorure de zinc. Mais précisément parce que c'est un caustique très puissant, il amène dans les tissus des modifications qui se traduisent sous forme de cicatrices, et de cicatrices sujettes comme toutes les cicatrices à la rétraction.

Or, c'est ce qui arrive quand on applique à la cure de la métrite le traitement par les bâtonnets de M. Dumontpallier.

Tous nous avons vu à la suite de cette méthode des atrésies du col, quelques-uns d'entre nous ont même vu des atrophies utérines.

M. Dumontpallier parle des atrésies cellulaires qui se produisent dans les quelques jours qui suivent l'emploi de sa méthode ; il les considère comme insignifiantes et faciles à vaincre. Je le lui accorde, mais les atrésies dont nous parlons et que nous imputons à bon droit au chlorure de zinc ce sont les atrésies, les sténoses fibreuses qui sont dues à la rétraction du tissu cicatriciel ; or celles-là sont tardives, ne se produisent qu'un certain temps après la guérison et ce sont les plus dangereuses, car elles vont toujours en augmentant et peuvent conduire, comme on en a vu des exemples, à l'atrophie de l'organe.

Le curetage, dit M. Dumontpallier, ne guérit pas toutes les métrites. Mais il faut distinguer. S'agit-il d'une métrite du col, le curetage échouera certainement. C'est au hersage du col, c'est à l'opération de Schröder, de Bouilly, qu'il faut avoir recours. Seules ces opérations peuvent amener la guérison.

S'agit-il, au contraire, de la métrite du corps, c'est au curetage qu'il faut s'adresser, et on n'a pas, comme le dit M. Du-

montpallier, 40 % d'insuccès. C'est tout au plus si on en a un ou deux.

Il peut arriver, en effet, que la curette ait laissé dans un des angles de l'utérus un peu de muqueuse malade, et alors la récurrence peut se produire, mais elle se manifeste alors rapidement, et il suffit de refaire un second curetage pour voir disparaître la métrite et cela définitivement.

Il en est du curetage comme de toutes les opérations. Bien fait, et appliqué à propos, il donne des résultats excellents, et il ne faut pas l'accuser des fautes des opérateurs. Il en a été du curetage, comme de bien d'autres modes de traitement; il a été appliqué à tort et à travers, on en a abusé, et alors les insuccès sont venus. Mais, je le répète, quand le curetage est fait à propos et bien fait, je ne connais pas de meilleur procédé pour guérir la métrite vite et bien.

M. Dumontpallier parle d'atrésies du col après le curetage. Je n'en ai jamais vu, et cependant j'ai fait un grand nombre de curetages. Mes collègues ici présents, Doléris, Péter, Bonnet, Pichevin, etc., l'ont pratiqué encore plus souvent que moi dans leurs cliniques ou en ville; ils n'ont jamais eu d'atrésie du col. Pourquoi, c'est qu'ils ne font le curetage qu'à bon escient, dans les cas où il est réellement indiqué, et qu'ils le font bien.

Le curetage, disent certains médecins, est une cause de stérilité. Je m'inscris absolument en faux contre cette opinion. J'ai, comme tous mes collègues, vu fréquemment le curetage amener une grossesse chez des femmes jusque-là stériles. Mais il ne faut pas perdre de vue que les causes de stérilité chez la femme sont nombreuses, sans compter que souvent la faute en est non à la femme, mais au mari. J'ai souvenance d'une jeune cliente à moi qui après avoir subi différents traitements pour une stérilité qui la désolait, avait fini par subir la discision du col qui fut pratiquée par Sims. La stérilité persistant, elle vint me voir, et comme je ne trouvais rien chez elle pour l'expliquer, j'examinai le mari, il était fortement diabétique et de plus cryptorchide !!!

Non seulement le curetage n'entraîne pas la stérilité, mais au contraire il la supprime souvent, et tous nous avons vu des grossesses survenir très rapidement après le curetage, alors que jusque-là les femmes n'avaient pas eu d'enfants.

On a accusé le curetage d'être suivi d'hémorrhagie, mais il suffit, pour être convaincu du contraire, de se rappeler que le curetage est le remède héroïque contre la métrite hémorrhagique.

On a perforé des utérus avec la curette. Qui faut-il accuser dans ce cas, la curette ou l'opération?

Le curetage bien fait est une opération pour ainsi dire inoffensive, peu douloureuse et dont les suites ne peuvent être que favorables. La méthode de M. Dumontpallier est extrêmement douloureuse, elle entraîne souvent des conséquences néfastes. Je n'admets donc pas l'hésitation entre les deux méthodes.

M. Périer, dit M. Dumontpallier, emploie le chlorure de zinc. Certes; mais M. Périer l'emploie en solution à 1/10 et seulement dans des cas exceptionnels. En revanche, il se sert couramment du naphтол camphré.

Je ne veux pas insister d'avantage. Ma conviction est absolue. Entre le curetage et la méthode de M. Dumontpallier, on ne peut ni ne doit hésiter.

Le curetage appliqué à la métrite du corps est un procédé excellent qui donne des résultats merveilleux dans bon nombre de cas et qui ne laisse après lui aucune suite fâcheuse.

La méthode de M. Dumontpallier laisse dans bon nombre de cas des traces déplorables : atrésies, sténoses du col; atrophie de l'organe. Elle doit être absolument rejetée.

M. DOLÉRIS. — La première période du traitement de M. Dumontpallier a été désastreuse, il l'avoue lui-même, et cela se démontre par les cas nombreux d'*atrésie grave* qui ont été publiés. J'en ai constaté aussi quelques-uns, mais je ne veux pas étayer la discussion sur des faits particuliers. Ce qui est arrivé devait arriver. Il était aisé de prévoir, et pour ma part, dès 1888, j'en avais fait la base de mes premières publications sur les avantages du curetage, que la destruction des tissus

par des caustiques pénétrants et énergiques aurait pour conséquence des atrésies scléreuses, cicatricielles ; j'y ai insisté de nouveau dans une communication à l'Académie. Je ne sais pas encore ce que donnera la méthode actuelle qui n'est qu'une atténuation du premier procédé. Toutefois je retiens que M. Dumontpallier reconnaît qu'elle donne lieu à des atrésies qu'il juge peu graves et qu'il appelle *celluleuses*. J'avoue que je ne comprends pas cette dénomination. Le caustique détruit la muqueuse, mord sur le derme et à la chute de l'escharre, il reste une surface entièrement dénudée sur laquelle végète un tissu inodulaire mou d'abord, mais qui avec le temps deviendra fibreux et rétractile. C'est là un processus constant, nécessaire, et pas un histologiste ne saurait dénier le fait. C'est ce processus qui fait l'infériorité de la méthode. La réparation secondaire, par bourgeonnement, du tissu utérin en est la caractéristique fâcheuse. Ce qu'on a le tort de ne point prévoir c'est l'évolution ultérieure de ce tissu. Quoi qu'on fasse et du moment qu'il y a plaie, il y aura cicatrice et par conséquent production de tissu fibreux rétractile. L'idéal physiologique, c'est de reproduire la muqueuse telle qu'elle est. Le curettage a cet avantage, car l'instrument n'enlève que la couche muqueuse et respecte les culs-de-sacs, qui deviennent aussi les amorces d'un nouveau revêtement. Des expériences ont été faites comparativement par Bossi (de Gènes), qui démontrent le fait. Après le curettage la surface utérine est à peu de chose près dans les mêmes conditions qu'après l'accouchement. On reproche les abus du curettage. On a raison. On l'a mis à toutes les sauces et on a prétendu avec lui guérir des lésions très diverses. Je me suis le premier opposé à l'abus du curettage et ai dit depuis longtemps qu'il s'adressait seulement à la muqueuse du corps.

Je suis étonné que sur le grand nombre de femmes auxquelles M. Dumontpallier a appliqué sa méthode, il ne s'en soit pas trouvé quelques-unes atteintes d'affections des annexes. Chez ces femmes l'introduction d'un caustique qui laisse une cavité où doivent se faire des infections secondaires,



a dû retentir sur leur phlegmasie péri-utérine d'une façon assez vive.

En somme, entre le curettage qui, tel qu'il doit être fait, n'est nullement dangereux et l'emploi du chlorure de zinc à demeure il y a une telle disproportion de sécurité et de résultats que, même atténuée, la méthode de Dumontpallier ne saurait soutenir la comparaison.

M. Dumontpallier a prétendu que le curettage amenait des atrésies. Cela ne peut être, et cela serait d'ailleurs incompréhensible. Voici ce que je reconnais vrai, pour l'avoir observé exceptionnellement :

De temps en temps, à la suite d'amputation du col, on peut observer des rétrécissements, mais seulement chez certaines femmes qui possèdent une prédisposition à faire du tissu fibreux. La sclérose est primitive, dans ces cas où la réunion a été obtenue par première intention ; l'opération n'y est pour rien. Ce qu'on peut dire, c'est que, dans ces cas exceptionnels, elle n'a pas absolument enrayé l'hyperplasie fibreuse. Mais les atrésies, en pareil cas, n'ont aucune parité avec celles qui procèdent de la destruction de la muqueuse par les caustiques.

M. PAUL PETIT. — J'ai eu à donner mes soins à quelques femmes traitées suivant la méthode de M. Dumontpallier. Elles avaient toutes gardé un terrible souvenir des souffrances au bâtonnage en lui-même et présentaient généralement un état de déséquilibre mental uniquement attribuable à la sténose consécutive de leur utérus. Elles présentaient toutes des troubles dysménorrhéiques plus ou moins accusés, et c'est pour ce motif que j'ai cherché à recalibrer leur organe.

Contrairement à l'assertion de M. Dumontpallier, je n'ai le plus souvent pas réussi à franchir l'obstacle avec des sondes molles ou rigides et j'ai dû recourir à des séances plus ou moins répétées d'électrolyse négative. C'est certainement l'un des meilleurs moyens à employer pour vaincre la résistance du tissu de cicatrice, mais encore le résultat ne se maintient-il que peu de temps et peut-il n'avoir que peu ou pas d'effet sur les douleurs menstruelles, celles-ci étant sans doute fon-

tion, non seulement de l'obstacle mécanique au cours du sang, quand les règles ne sont pas supprimées, mais de la gêne apportée par la sclérose sous-muqueuse à l'orgasme physiologique. J'en suis donc venu à penser, comme bien d'autres, que, pour des utérus ainsi endommagés, le seul remède efficace est l'hystérectomie.

Sans vous donner le fastidieux détail de mes quelques observations, au moins puis-je vous parler d'une chose que j'ai vue, pour la première fois, il y a environ six jours. Cette dame, femme d'un de nos confrères de l'Amérique du Sud, a reçu dans son utérus, il y a trois ans, pour métrite hémorrhagique, un crayon de la formule de M. Dumontpallier. Depuis elle n'a cessé de subir, à courtes échéances, des pratiques diverses, dilatation progressive ou extemporanée, électrolyse, discision sanglante, pour maintenir son utérus ouvert. A ma première visite je la trouvai dans un état nerveux confinant à la folie : Apostoli lui avait fait, il y avait peu de temps, sous le chloroforme, une séance d'électrolyse, mais les sondages ayant été négligés par la suite, le malheureux mari, qui en avait pourtant l'habitude, n'avait pu les reprendre. La malade s'étant refusée par avance à l'abaissement du col qui, disait-elle, était extrêmement sensible, je me contentai, cette fois, pour ne pas augmenter son exaspération, de constater que le col était réduit à un moignon informe et que le canal cervical n'admettait qu'à très courte distance un hystéromètre de très petit calibre. Quelques jours après, je pus, grâce à l'anesthésie locale par le coryleur, faire un examen complet : l'entrée du canal cervical était absolument atrésiée ; j'y pénétrais par effraction ; mais, craignant de m'engager dans une fausse route, j'ai préféré remettre la suite de mon intervention à une séance ultérieure sous le chloroforme : suivant le cas, ou je ferai une dilatation temporanée du canal avec discision de l'orifice externe suivie de l'introduction à demeure d'une tige de Lefour, ou je ferai l'hystérectomie (1).

(1) Depuis la discussion ci-dessus, c'est le premier de ces deux programmes que j'ai exécuté, la malade s'étant refusée à l'hystérectomie.

M. S. BONNET. — Parmi les malades dont parlait tout à l'heure M. Doléris, qui, mécontentes du traitement de M. Dumontpallier, s'adressaient ailleurs, j'ai eu l'occasion d'en voir trois, dont deux avaient été traitées à l'Hôtel-Dieu dans le service même de M. Dumontpallier. Leur histoire était identique : complètement aménorrhéiques depuis le traitement, elles se tordaient dans des souffrances atroces à chaque époque menstruelle : l'utérus était transformé en un petit bloc fibreux et impénétrable. Chez deux d'entre elles, l'atrésie n'intéressait que le col et j'ai pu, après plusieurs séances d'électrolyse négative, reconstituer un trajet : l'une a été soulagée et a vu reparaitre ses règles ; l'autre est restée aménorrhéique et je l'ai perdue de vue. Chez la troisième, l'électrolyse est restée sans effet et elle a dû être hystérectomisée. J'avoue qu'en présence de ces résultats, je n'ai pas été tenté de me faire une expérience personnelle, plus approfondie, de la méthode.

Quant à la proportion des succès mis par M. Dumontpallier, au passif du curettage, je tiens à en dégager ma statistique personnelle. J'ai fait plus de 200 curettages et je n'ai le souvenir que de deux échecs, dont l'un imputable à un petit noyau fibreux sous-muqueux méconnu une première fois.

M. DUMONTPALLIER. — Je n'ai jamais nié les succès que vous me citez seuls, sans parler des cas heureux qui eux se comptent par centaines. Je répondrai à M. Doléris que, dans certains cas, on trouve une atrésie celluleuse facile à vaincre et qui ne progresse pas lorsqu'elle est vaincue.

Oui, le chlorure de zinc a des dangers, mais seulement sur les malades qui n'ont pas été bien traitées.

Je n'ai observé que rarement la sténose tardive dont parle M. Charpentier.

MM. Doléris et Charpentier nient l'atrésie, à la suite du curettage : M. Polaiillon, dans son rapport à l'Académie, en a cité plusieurs cas. Toutes les fois que vous détruisez une muqueuse, il faut craindre des atrésies. Quant aux complications périutérines, il n'y en a pas ; j'ai traité des femmes atteintes

d'inflammations périutérines et les malades ont guéri non seulement de leur endométrite, mais encore de leurs lésions des annexes.

M. Petit n'a qu'à rechercher les cas de vésanie à la suite du curetage, et il en trouvera.

Une chose m'a étonné, c'est que M. Budin ait dit qu'en 1889 il avait constaté la complète disparition de l'utérus à la suite de la cautérisation.

M. BUDIN. — Le cas auquel M. Dumontpallier fait allusion a été cité par moi dans la discussion à l'Académie de Médecine. Le rédacteur a mal traduit ma pensée en mettant le mot « disparition totale ». Ce que je puis affirmer à M. Dumontpallier, c'est qu'il s'agissait d'une femme soignée par lui à l'Hôtel-Dieu, qui déclarait avoir horriblement souffert à la suite de l'application du chlorure de zinc et qui, n'ayant pas de règles depuis 4 mois, venait demander si elle était enceinte. Cette femme que j'ai examinée avec grand soin, qui a été vue aussi par mon interne et par plusieurs élèves du service, ne possédait plus au fond du vagin qu'un petit moignon dur, fibreux, ayant tout au plus le volume du bout de l'index.

Puisque M. Dumontpallier m'oblige à prendre la parole dans cette discussion, je demande à ajouter un mot. En général, en médecine, on s'efforce d'appliquer l'adage : « Primum non nocere. » La méthode de M. Dumontpallier ne s'y conforme nullement. Les faits nombreux cités par nos collègues le prouvent surabondamment. On pouvait espérer que ce procédé, abandonné aujourd'hui par tout le monde, et heureusement, ne serait plus défendu par M. Dumontpallier. On peut être étonné de voir qu'il cherche encore à le disculper.

M. DUMONTPALLIER. — Avec le bâton de chlorure de zinc modifié, ces accidents ne sont plus à craindre. En tout cas, si vous ne voulez pas l'employer chez la femme en pleine activité génitale, vous pourrez sans crainte l'employer contre les hémorrhagies de la ménopause et les endométrites des vieilles femmes. En Allemagne on ne juge pas si sévèrement mon traitement. Schœffer, de la clinique de Veit, de Berlin, dit en

propres termes, dans un travail récent : « On doit reconnaître que le traitement de Dumontpallier est un traitement de très grande valeur. »

M. DOLÉRIS. — Les hémorrhagies de la ménopause sont souvent indépendantes d'une lésion de la muqueuse ; lorsque celle-ci est malade, le curettage est excellent, mais le plus souvent, c'est l'état général qu'il faut améliorer et ces troubles d'ordre nerveux réflexe sont traités avec succès par l'hydrothérapie. Les caustiques ni le curettage n'y peuvent rien.

M. PICHEVIN. — La méthode de traitement de l'endométrite telle que M. Dumontpallier l'a décrite et pratiquée ne repose sur aucune base véritablement scientifique et va à l'encontre de l'objectif que l'on doit toujours viser en gynécologie. Le bâtonnage de l'utérus a été néfaste dans un très grand nombre de cas ; il reste dangereux et menaçant ; il a causé déjà tant de méfaits qu'on doit le bannir à jamais de la thérapeutique des métrites.

M. DUMONTPALLIER. — C'est là l'opinion qu'avait exprimée autrefois M. Le Dentu, et cependant je crois qu'il se trouve encore des médecins pour accepter ma méthode et je crois que dans les conditions que j'ai exposées plus haut elle restera indiquée et qu'elle s'imposera.

M. MERLE, et Mlle C. HÉNAULT. — **Statistique du service d'accouchements de la Charité d'octobre 1891 au 21 décembre 1894.** — En 1887, M. Budin a donné à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (1) la statistique des accouchements faits dans son service depuis 1882, époque où furent installés les accoucheurs des hôpitaux.

En octobre 1891, il inaugurait la nouvelle maternité qui venait d'être organisée à la Charité ; les résultats obtenus dans l'ancien service pendant toute la durée de son fonctionnement, malgré les conditions défectueuses dans lesquelles il se trouvait et la disposition des nouveaux locaux qui répondait mieux aux besoins de l'antisepsie et de l'enseignement, firent l'objet d'une seconde

(1) Le service d'accouchements de la Charité. (*Soc. de méd. publiq. et d'hyg. profess.* t. XII, n° 1.)

communication à la Société de médecine publique et de la leçon d'ouverture des cours pour l'année scolaire qui commençait (1).

Nous nous bornerons à rappeler que, du mois de janvier 1887 au 1<sup>er</sup> octobre 1891, c'est-à-dire pendant un espace de quatre ans et demi, un seul cas de mort par infection contractée dans les salles fut observé, celui d'une femme accouchée pendant un congé de maladie accordé au chef de service et chez laquelle, malgré un curetage soigneusement fait par un accoucheur des hôpitaux, on trouva à l'autopsie des parties de placenta restées dans la cavité utérine.

La mortalité par infection contractée dans le service était alors de 0,11 pour 100, c'est-à-dire de 1,1 pour 1000, résultats bien intéressants quand on songe que ce service était placé au milieu de salles de chirurgie et de médecine.

Aujourd'hui nous publions la statistique complète des accouchements qui ont eu lieu dans la nouvelle maternité depuis sa création, c'est-à-dire depuis le 9 octobre 1891, jusqu'au 25 décembre 1894, époque à laquelle M. Budin a accepté la direction de la maternité. Ecole d'accouchements de Paris.

Pendant cette période de 3 ans et 3 mois, le service a été dirigé par M. le D<sup>r</sup> Budin, sauf pendant les vacances où il s'est trouvé entre les mains de M. le D<sup>r</sup> Boissard, accoucheur du Bureau central, qui en a eu la responsabilité du 15 juillet au 15 octobre 1892, du 15 juillet au 15 novembre 1893 et de juillet à octobre 1894.

M. le D<sup>r</sup> Boissard a déjà publié en partie les statistiques qui le concernent. Nous exposerons donc successivement celles de M. Budin, puis celles de M. Boissard complétées. Nous fondrons les deux statistiques dans un résumé terminal.

Pour ne pas surcharger outre mesure ce travail qui n'est qu'un résumé, nous n'y avons mis ni les complications de la grossesse, ni celles de l'accouchement, mais ces faits sont soigneusement consignés, mois par mois, dans les grands tableaux statistiques qui ont servi de base à cette communication.

Alors que le service était sous la direction de son chef titulaire, M. Budin, 2,476 femmes sont entrées à la maternité de la Charité. Sur ce nombre, il y a eu :

(1) Le nouveau service d'accouchements de la Charité. (*Bullet. méd.* 1<sup>er</sup> nov. 1891.)

2,130 accouchements spontanés ;  
146 applications de forceps ;  
39 versions ;  
9 basiotripsies ;  
2 symphyséotomies ;  
155 avortements ;  
25 délivrances artificielles ;  
17 accouchements gémellaires.

*Morbidité.* — Sur ces 2,476 malades, 320 ont présenté de l'élévation de température, soit une proportion de 12,9 pour 100. Mais il importe de faire remarquer que, dans ce nombre de 320, sont comprises toutes les femmes qui ont eu une élévation de température, ne fût-ce qu'une seule fois, même le jour de l'accouchement. Si nous ne tenons compte que des femmes qui ont eu soit plusieurs fois 38 degrés ou au delà, soit même une seule fois une température dépassant 38 degrés, le chiffre de cette morbidité descend à 265, soit une proportion de 10,7 pour 100.

Donc, sur 2,476 entrantes. Morbidité forte : 12,9 pour 100.

Morbidité vraie : 10,7 pour 100.

Et ce chiffre n'indique pas seulement la morbidité obstétricale pure, la morbidité par infection grave ou légère, par galactophorite ou lymphangite du sein, mais la morbidité totale; elle comprend par conséquent tous les cas, ceux de bronchite, pleurésie, tuberculose, grippe, etc.

*Mortalité.* — Sur ce même nombre de femmes, 20 sont mortes, soit une proportion de 0,8 pour 100. Mais il est nécessaire, pour avoir une idée nette et exacte de cette mortalité, d'entrer dans le détail des décès. Les voici sommairement résumés :

N° 137 (nov. 1891). — Femme morte d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta. Tamponnement, forceps, délivrance artificielle pour adhérences anormales.

N° 184 (déc. 1891). — Femme enceinte de 6 mois, amenée dans un état très grave à la suite d'hémorrhagies répétées en ville. Pas le moindre écoulement de sang à l'hôpital. Application de forceps. Morte deux heures après son entrée.

N° 197 (mars 1892). — Femme venue malade de médecine : broncho-pneumonie double, endocardite infectieuse. Repassée en médecine après son accouchement. Morte le dixième jour.

N° 229 (mars 1892). — Femme amenée de médecine avec dila-

tation complète et diagnostic d'anémie pernicieuse. Succombe 12 heures après l'accouchement.

N° 363 (mai 1892). — Femme amenée infectée huit jours après le début du travail avec fœtus putréfié et liquide extrêmement fétide. Physométrie, orifice utérin épais et rigide. Fièvre, basiotripsie. Morte la nuit suivante.

N° 420 (mai 1892). — Femme amenée avec de la dyspnée, état très grave. Néphrite, urémie, coma urémique. Morte non accouchée 14 heures après son entrée.

N° 433 (mai 1892). — Femme amenée dans le coma urémique. Fait un avortement et meurt deux heures après (urémie).

N° 869 (octobre 1892). — Femme qui avait eu des suites de couches absolument normales jusqu'au douzième jour. Prise brusquement de tétanos, elle meurt en 3 jours.

N° 971 (nov. 1892). — Femme à placenta prævia. Hémorragies. Infection contractée au dehors. Curettage. Laparotomie pour pelvi-péritonite purulente. Mort.

N° 1011 (déc. 1892). — Femme ayant eu une grossesse gémellaire. Eclampsie survenue après l'accouchement sans albumine dans les urines. Morte le troisième jour.

N° 59 (janvier 1893). — Femme éclamptique. Morte le jour même de son entrée.

N° 240 (mars 1893). — Femme venue de médecine avec un ulcère syphilitique et des accidents pulmonaires généralisés. Morte le quatrième jour.

N° 492 (juin 1893). — Femme morte de tuberculose. Granulie.

N° 516 (juillet 1893). — Femme atteinte de tuberculose pulmonaire. Accouchement normal. Suites de couches régulières. Sort malgré l'avis contraire du chef de service et meurt brusquement dans la cour de l'hôpital.

N° 118 (février 1894). — Femme urémique, entrée en état comateux. Morte le lendemain.

N° 283 (avril 1894). — Accouchement provoqué avec le ballon de M. le Dr Boissard, puis avec l'écarteur du Professeur Tarnier. Travail très lent, cinq jours. Hémorrhagie de la délivrance. Mort.

N° 835 (octobre 1894). — Femme éclamptique ; 17 attaques au dehors. Restée dans le coma. Accouchement rapide. Morte quelques heures après.



N° 453 (juin 1894). — Femme apportée dans le coma éclamptique. Morte aussitôt l'accouchement terminé.

N° 340 (mai 1894). — Femme enceinte de six mois, envoyée par un médecin de la ville. Insertion centrale du placenta. Hémorragies graves au dehors. Tamponnement. Les pertes de sang continuent à l'hôpital. Extraction de l'enfant. Mort trois heures après. L'écoulement sanguin avait été très peu abondant au moment de l'accouchement.

N° 877 (nov. 1894). — Femme morte d'embolie pulmonaire dans le jardin de l'hôpital au moment où elle partait. Les suites de couches avaient été absolument normales.

Tels sont les cas de mort. On remarquera que sur ces 20 décès, deux seulement reconnaissent pour cause l'infection, un était compliqué de placenta prævia, et ces deux cas venaient du dehors. Donc, sur 2,476 femmes, la mortalité générale a été de 0,8 pour 100, dont deux cas par infection contractée au dehors.

La mortalité par infection contractée dans le service a été de 0.

Il est bien entendu que ces chiffres contiennent absolument tous les cas de mort quelle qu'en soit la cause : éclampsie, urémie, néphrite, placenta prævia, hémorragies, femmes apportées infectées ou atteintes d'affections étrangères à la grossesse ou à l'accouchement, mais venant les compliquer. « Nous recevons dans notre service, dit M. Budin dans son rapport à l'Académie en 1890 (p. 163), tous les cas quels qu'ils soient : les accouchements laborieux qui viennent de la ville et qu'il faut terminer par des opérations, les femmes qui se trouvent malades dans les services de médecine et de chirurgie et que nos collègues veulent bien nous confier pour le moment de l'accouchement. »

Pendant que M. le Dr Boissard suppléait M. le Dr Budin, le total des femmes qui sont entrées dans le service s'est élevé à 819, se décomposant ainsi :

- 681 accouchements spontanés ;
- 60 forceps ;
- 13 versions ;
- 68 avortements ;
- 3 symphyséotomies ;
- 4 basiotripsies ;
- 10 délivrances artificielles ;
- 7 accouchements gémellaires.

*Morbidité.* — Sur ces 819 malades, 119 ont eu de l'élévation de température. Mais dans ce nombre aussi, sont compris tous les cas où la femme a eu une élévation de température, ne fût-ce qu'une seule fois, même le jour de l'accouchement. Cette morbidité totale de provenances très diverses, donne une proportion de 14,5 pour 100.

Si l'on ne tient compte que des cas où la température a dépassé une seule fois ou plusieurs fois 38 degrés, le chiffre de la morbidité descend à 100, ce qui donne une proportion de 10,98 pour 100.

*Mortalité.* — M. Boissard a eu 7 cas de mort dont voici le résumé :

N° 676 (août 1892). — Femme avec placenta prævia, apportée infectée avant le travail. Présentation de l'épaule. Version. Délivrance artificielle. Septicémie. Mort.

N° 728 (septembre 1892). — Femme chez laquelle la version fut faite pour présentation de l'épaule. Venue du dehors avec œdème généralisé. Morte le septième jour. Néphrite.

N° 751 (sept. 1892). — Femme qui avait eu des hémorrhagies répétées au dehors. Avortement incomplet, extraction des annexes. Morte le lendemain de son entrée douze heures après l'extraction.

N° 734 (sept. 1892). — Femme envoyée de Necker. Eclampsie. Morte trois heures après. Hémorrhagie cérébrale.

N° 707 (Eclampsie amenée du dehors dans le coma).

N° 775 (octobre 1893). — Une femme tuberculeuse venue de médecine. Morte le deuxième jour.

N° 772 (octobre 1894). — Eclampsie amenée du dehors, coma dès le premier accès, 40 degrés de température. Accouchement provoqué. Forceps. Mort peu après.

Deux de ces femmes ont succombé à l'infection.

La mortalité par infection contractée dans le service a été de 0.

Si maintenant nous faisons le total des deux statistiques, nous arrivons aux résultats suivants :

D'octobre 1891 au 25 décembre 1894, 3.295 femmes sont entrées à la Maternité de la Charité. Sur ce nombre, il y a eu :

2.811 accouchements spontanés;  
206 forceps ;  
52 versions ;

13 basiotripsies ;  
 223 avortements ;  
 35 délivrances artificielles ;  
 6 symphyséotomies ;  
 24 accouchements gémellaires.

La *morbidité forte*, comprenant tous les cas dans lesquels la température a atteint 38 degrés, ne fût-ce qu'une seule fois, a été de 13,8 pour 100.

La *morbidité vraie*, comprenant tous les cas dans lesquels la température a dépassé 38 degrés, ne fût-ce qu'une fois, a été de 11 pour 100.

La *mortalité générale* s'est élevée à 0,84 pour 100. Parmi les femmes apportées infectées du dehors, trois n'ont pu être sauvées.

La *mortalité par infection* contractée dans le service a été nulle.

Comme on le voit, nous nous sommes surtout attachés à rechercher et à établir scrupuleusement, non seulement la mortalité, mais aussi la *morbidité* du service pendant ces trois ans et trois mois.

C'est qu'en effet, comme l'a dit très justement M. Budin à l'Académie, dans son rapport sur une demande de M. le Ministre de l'Intérieur, relative à la question de savoir s'il convient d'autoriser les sages-femmes à prescrire les antiseptiques, il y a une importance très grande à supprimer la morbidité dans les services d'accouchements. M. Budin a décrit les inquiétudes dans lesquelles on vit quand des femmes ont de la fièvre, la tranquillité qu'on éprouve, au contraire, lorsqu'en passant dans les salles, on voit que toutes les courbes de température sont absolument normales.

« Ce n'est pas tout, ajoutait-il, il est très important pour l'avenir d'une parturiente qu'elle n'ait eu aucune infection pendant la puerpéralité. Il n'est pas rare de voir une femme qui pendant ses suites de couches a eu de la lymphangite mammaire ; quitter la Maternité parfaitement guérie en apparence, mais peu de temps après sa sortie, à la suite de fatigues ou d'autres causes, des accidents inflammatoires reparaissent et il se produit un abcès au sein pour lequel elle rentre dans un service de chirurgie.

De même, lorsqu'une femme après son accouchement a eu un peu de fièvre, parce que ses organes génitaux n'étaient pas dans un état d'asepsie parfaite il n'est pas rare de voir non plus survenir des endométrites, des inflammations des annexes, des

phlegmons tardifs qui peuvent la rendre malade pendant longtemps et qui parfois mettent son existence en danger. »

La mortalité d'un service ne doit donc pas être seule établie ; maintenant que cette mortalité est partout réduite au minimum, ce qu'il importe surtout, c'est d'indiquer très exactement quelle en est la morbidité : elle seule permet de juger de l'état sanitaire d'une Maternité et de prévoir quelles pourront être pour les femmes qui en sortiront les conséquences de leur accouchement.

Aujourd'hui, il faut arriver non seulement à faire disparaître la mortalité par infection contractée dans les services, mais il faut de plus réduire au minimum la morbidité. Plus tard même, poussant la rigueur plus loin encore, on fera pour la morbidité comme pour la mortalité, on distinguera la morbidité par affections intercurrentes préexistantes à l'accouchement ou survenues pendant les suites normales et la morbidité par infection.

Les résultats que nous avons donnés nous conduisent naturellement à dire quelques mots de la façon dont l'antisepsie était comprise et pratiquée dans le service que dirigeait M. Budin.

La conduite tenue était des plus simples. Et disons tout de suite qu'un seul antiseptique était employé, le sublimé.

Lorsqu'une femme arrivait au service d'accouchements, elle était immédiatement examinée et, si le travail n'était pas trop avancé, elle était mise au bain où on lui faisait une toilette complète au savon et à la brosse. A sa sortie de l'eau, on lui donnait une injection vaginale au sublimé à 1 pour 4000. Si l'accouchement était imminent et qu'elle ne pût être baignée on se bornait à lui faire une injection vaginale et une toilette soignée des organes génitaux externes. La parturiente arrivait-elle infectée, l'ascenseur la transportait immédiatement au service d'isolement sans lui faire traverser aucune salle.

Pendant le travail, une injection vaginale était faite toutes les quatre heures. Inutile d'ajouter que la plus grande propreté était exigée des élèves appelés à toucher les femmes et à faire les accouchements.

Dès que l'enfant était expulsé, alors qu'il était encore entre les jambes de la mère, avant même la ligature du cordon, on lui faisait dans les yeux une instillation de nitrate d'argent en solution à 1 pour 150. Les résultats obtenus par cette méthode comme traitement prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés

ont été communiqués par M. Budin à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris (Séance du 10 janvier 1895) et publiés dans le *Progrès médical*, n° du 19 janvier 1895.

Quand la tige funiculaire avait cessé de battre, on en faisait la ligature et on donnait à la mère une injection vaginale au sublimé à 1 pour 4000. Cette injection était renouvelée après l'expulsion de l'arrière-faix.

Si une intervention avait été nécessaire et si l'instrument ou la main de l'accoucheur avaient pu porter des germes, dans la cavité utérine, en particulier si des tentatives avaient été faites au dehors, une injection intra-utérine au sublimé suivait l'intervention. Il en était de même dans les cas de fœtus morts et macérés.

Si une hémorrhagie grave s'était produite ou bien si la femme était albuminurique, on faisait suivre l'injection au sublimé d'une autre injection avec de l'eau bouillie ou avec une solution de naphthol pour enlever ce qui pouvait rester de sel mercuriel. Et après ces injections faites avec la sonde à canal en forme de fer à cheval (1), jamais nous n'avons vu se produire les accidents si redoutés par certains accoucheurs, syncopes, mort subite, etc.

La toilette de l'accouchée achevée, on recouvrait les organes d'une couche d'ouate au sublimé et au bout de quelques heures, on transportait la malade dans une des salles d'accouchées. Les jours suivants, on se contentait de mettre de l'ouate hydrophile aseptique.

Pendant les suites de couches, lorsque tout était normal, de simples toilettes vulvaires étaient faites aux malades, on ne leur faisait des injections vaginales que s'il y avait rétention de membranes ou si l'on avait des raisons de craindre l'infection.

Donc, avec le sublimé comme antiseptique, et l'eau bouillante pour rendre aseptiques les instruments, on peut obtenir d'excellents résultats. Cela simplifie beaucoup la pratique civile des médecins et des sages-femmes.

---

(1) Cette sonde a été présentée au Congrès de Copenhague en août 1894 (*Progrès Méd.*, août 1894). Un pli cacheté sur ce sujet avait été déposé par M. Budin sur le bureau de l'Académie de Médecine, dans la séance du 23 novembre 1893. Ces présentations sont donc bien antérieures aux communications du Professeur Pajot (*Soc. Obst. de Paris*, juillet 1895 et *Ann. de Gyn.*, 1886, 1<sup>er</sup> semestre, p. 87), contrairement à ce qu'ont écrit MM. Tarnier et Potocki dans leur ouvrage sur l'Antisepsie en Obstétrique.

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du Jeudi 11 Avril 1895.*

Présidence de M. MAYGRIER.

*Sommaire.* — Lecture et adoption du procès-verbal.*Correspondance manuscrite et imprimée.**Ordre du jour.* — M. DUMONT-PALLIER : A propos du procès-verbal de la dernière séance.*Présentation.* — M. PICHEVIN : Préparations microscopiques et photo-micrographiques. Coupe de l'utérus après le curage et sclérose utérine après la cautérisation au chlorure de zinc. — M. BRINDEAU : Contracture congénitale des membres.*Communications.* — M. RICHELLOT : Procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes. *Discussion* : MM. FOURNEL, NITOT, PETIT, DOLÉRIS, PICHEVIN, GUÉNIOT. — M. JOUIN : Pathologie utérine et maladie de Basedow. *Discussion* : MM. DUMONT-PALLIER, PICHEVIN, PETIT. — M. APERT : Ascite chez un fœtus syphilitique monstrueux. *Discussion* : MM. PORAK, BUDIN.

A propos du procès-verbal de la dernière séance :

M. DUMONT-PALLIER. — Je m'empresse de reconnaître que M. Pichevin avait raison lorsque, dans la dernière séance, il prétendait que mon procédé de cautérisation avait été employé par Canquoin.

Dans l'ouvrage que M. Pichevin a bien voulu me confier, j'ai constaté que Canquoin s'était servi deux fois, et cela avec succès, de la pâte de chlorure de zinc laissée à demeure dans la cavité utérine.

Dans les autres cas, il avait fait usage d'une solution, simple ou composée, de chlorure de zinc portée dans la cavité utérine au moyen d'un pinceau.

Quant à l'observation de MM. Gallard et Richet, citée par M. Pichevin, elle offre un réel intérêt, puisqu'elle établit que chez une malade de soixante ans, affectée depuis longtemps de métrorrhagies graves, le curetage et la pâte de Canquoin ayant été successivement mis en usage, c'est à la flèche de Canquoin qu'il convient d'accorder la guérison de la malade. Il est vrai que cette dernière malade eut une atrésie consécu-

tive à la dernière intervention, mais il est juste de remarquer que la malade n'avait été examinée qu'un grand mois après la dernière intervention — cette atrésie eût pu être évitée — du reste cela n'avait pas d'importance fâcheuse, étant donné l'âge de la malade.

Après avoir reconnu le bien fondé des remarques de M. Pichevin en faveur de Canquoin, et de MM. Gallard et Richet au sujet de l'application ancienne du chlorure de zinc dans les affections de la muqueuse utérine, ne m'est-il pas permis de conclure que les faits ci-dessus rappelés de Canquoin et de MM. Gallard et Richet, viennent confirmer la proposition que je défends depuis plusieurs années, à savoir que les crayons de chlorure de zinc, laissés à demeure dans la cavité utérine, constituent un mode de traitement grandement utile.

**M. PICHEVIN : Présentation de préparations microscopiques et de photo-micrographies. Coupe de l'utérus après le curage et sclérose utérine après cautérisation au chlorure de zinc.**

J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de M. le professeur Le Dentu, une coupe microscopique de l'utérus faite par son ancien chef de clinique, M. le D<sup>r</sup> Lyot. Il s'agit de l'utérus d'une femme morte de pneumonie, dans le service du P<sup>r</sup> Trélat, le 13<sup>e</sup> jour après un curage pratiqué pour une endométrite. Il est facile de constater que la curette a enlevé une grande partie de la muqueuse ; mais on voit facilement, dans l'épaisseur de la couche musculaire, le fond des culs-de-sac glandulaires qui ont échappé à l'action de l'instrument tranchant.

L'épithélium de ces culs-de-sac glandulaires sert d'amorce à la reproduction de la muqueuse.

M. le professeur Le Dentu avait fait allusion à cette préparation microscopique dans son rapport à l'Académie de médecine sur le curage et la cautérisation de l'utérus.

Une autre coupe a été faite sur un utérus enlevé par la voie vaginale cinq mois après le curage. La muqueuse est complètement régénérée et se présente avec ses caractères normaux.

Je vous avais annoncé qu'une femme cautérisée par M. Du-montpallier, il y a plusieurs années, avait subi dernièrement

l'hystérectomie vaginale. Une partie de la cavité utérine était oblitérée et l'ostium uterinum du côté droit n'était plus perméable. M. Le Dentu fit pratiquer des coupes à différentes hauteurs. Je vous présente les préparations microscopiques et les photo-micrographies qui ont été faites au laboratoire de la Clinique chirurgicale de Necker. On ne trouve plus trace de muqueuse, comme vous pouvez vous en convaincre.

Il n'existe pas un seul cul-de-sac glandulaire.

A la place de la muqueuse on rencontre une épaisse zone scléreuse formée de plusieurs couches parallèles.

**M. BRINDEAU : Cas de contracture chez un nouveau-né.**  
(Service de M. BUDIN à la Maternité.)

Accouchement 290. Rien à noter dans les antécédents. Cette femme n'est pas nerveuse et ne présente aucun stigmate d'hystérie. Elle a accouché une première fois à terme d'un enfant bien constitué et vivant.

Les dernières règles datent du 25 avril 1894. Grossesse excellente sous tous les rapports. Elle se présente à la Maternité le 11 février 1895 pour y faire ses couches. A l'examen de l'abdomen on constate que l'utérus est développé comme celui d'une femme enceinte de 8 mois environ. A la palpation on sent une tête au fond de l'utérus. Le siège s'engage au détroit supérieur, le dos est à gauche et en avant. Au toucher on trouve le col dilaté comme 2 francs ; la poche des eaux est rompue. On sent nettement le sacrum et les pieds dans l'excavation. Les douleurs deviennent de plus en plus fréquentes et à midi le siège apparaît à la vulve. Il se dégage assez rapidement, mais la sage-femme éprouve les plus grandes difficultés pour extraire la tête. On fait appeler mon collègue M. Apert qui constate que le col s'est resserré sur le cou de l'enfant ; aussi c'est au prix de tractions vigoureuses qu'il parvient à dégager l'extrémité céphalique. L'enfant est en état de mort apparente, son cordon ne bat plus. On le sépare aussitôt de la mère et nous nous occupons à le ranimer. Après avoir aspiré les mucosités nous procédons à l'insufflation avec le tube de Ribemont. Le corps de l'enfant est pâle, ses membres sont flasques, les battements du cœur imperceptibles.



Au bout de 4 à 5 minutes ces battements deviennent mieux frappés et plus fréquents.

En même temps la peau du thorax se colore et bientôt apparaît la première inspiration. Nous flagellons l'enfant et nous le plongeons dans un bain chaud, puis nous reprenons l'insufflateur. Les bruits du cœur sont de plus en plus énergiques et au bout d'une demi-heure environ l'enfant était complètement ranimé.

A ce moment les membres du nouveau-né ne présentaient rien d'anormal. Le lendemain matin en examinant l'enfant, nous sommes frappés de son attitude bizarre. La tête est fortement rejetée en arrière, et si l'on veut la ramener à sa position normale, on voit que les muscles de la région postérieure du cou sont contracturés. Les yeux ne sont pas déviés, mais de temps en temps on observe du nystagmus. La bouche est normale et non déviée.

Les membres supérieurs sont le siège de déformation très marquée. Le bras est légèrement écarté du tronc, l'avant-bras est en flexion forcée et en pronation. La main est fortement fléchie sur l'avant-bras et en abduction. La première phalange du pouce est en adduction, mais la seconde phalange est fortement écartée de l'axe de la main.

L'index et le médius forment une griffe très marquée. La première phalange est en extension, tandis que les deux autres sont fortement fléchies. L'annulaire et le médius ont leur première phalange modérément fléchie, tandis que les deux dernières sont en extension.

Les membres inférieurs sont également déformés. La jambe et la cuisse sont en extension; le pied est en talus valgus. Les orteils sont fortement fléchis et forment une griffe.

Toutes ces déformations sont absolument symétriques et existent aussi bien à droite qu'à gauche.

Si l'on veut corriger la situation des membres, on voit que la contracture est réductible, mais la déformation se reproduit aussitôt.

L'enfant est surveillé attentivement dans la journée et la sage-femme chargée de ce soin nous dit qu'il a eu des convulsions à plusieurs reprises. Nous-même avons pu assister à ces convulsions le lendemain.

Elles consistaient en attaque d'épilepsie unilatérale intéressant les membres et la face à gauche. En même temps le nouveau-né se cyanosait fortement.

Dans l'intervalle de ces attaques, la contracture reste stationnaire. La sensibilité paraît intacte.

Sous l'influence des excitations, l'enfant remue les membres. Les doigts sont animés de mouvements athétosiques bien prononcés, qui cessent dès que le nouveau-né n'est plus excité. Les réflexes rotuliens paraissent abolis, mais nous savons combien il est difficile de le constater chez le nouveau-né.

Dans les 3 ou 4 jours qui ont suivi la naissance, les déformations sont restées stationnaires et les convulsions ont cessé le 4<sup>e</sup> jour. Ces convulsions s'accompagnent toujours de cyanose.

Les mouvements athétosiques n'ont également duré que 4 ou 5 jours. A partir du 5<sup>e</sup> jour, les mouvements sont revenus peu à peu, d'abord aux avant-bras, puis aux membres inférieurs. Un mois après la naissance, la contracture avait presque complètement disparu.

Aujourd'hui, cet enfant est âgé de 2 mois. Il conserve encore un peu de rigidité des doigts et des orteils, mais les mouvements des membres sont à peu près normaux.

L'état général de l'enfant a d'abord été mauvais, puisqu'il pesait à sa naissance 2.420 gr. et que son poids est tombé à 2.075 gr., perdant 345 gr. en 4 jours.

La température rectale a oscillé entre 35,8 et 36,2 jusqu'au 3<sup>e</sup> jour, puis à ce moment elle est montée à 38 et 38,5 ; le 5<sup>e</sup> jour, elle est retombée à 37 et 36,5. Nous craignons de voir l'enfant succomber, mais peu à peu sa courbe est devenue ascendante et il pèse actuellement 3 kilogr.

Cet enfant a également présenté une éruption généralisée de petites pustules qui se sont ulcérées ; nous nous demandons si cette éruption n'est pas en rapport avec son affection nerveuse, car les autres enfants du service n'ont jamais rien eu de semblable.

Comme traitement, cet enfant a été nourri avec du lait de femme et mis dans une couveuse. Au moment des accès, on lui a donné des bains chauds.

En somme, voici un enfant né avant terme après un travail difficile et présentant de la contracture et des convulsions.

De quelle affection est-il atteint ? Est-ce une maladie de Little ou tæbes spasmodique qui est due à un arrêt de développement du faisceau pyramidal ?

Est-ce une paralysie d'origine cérébrale due à une hémorrha-

gie méningée ou des capillaires cérébraux ? Est-ce un cas d'athétose double ? Il est bien difficile de le dire dès à présent ; d'autant plus que beaucoup d'auteurs et en particulier Freud et Rosenthal rangent ces maladies dans la même classe : les diplégies cérébrales.

Nous avons cru intéressant de publier cette observation, car il est rare que les enfants atteints de contracture congénitale soient observés dès la naissance. C'est une observation d'attente.

Il faudra suivre cet enfant, ce que nous ne manquerons pas de faire.

**M. G. RICHELOT : Sur un procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins.**

Les perfectionnements apportés au traitement du pédicule, dans l'hystérectomie abdominale, ne donnent pas encore la solution définitive du problème ; je l'ai reconnu au Congrès de chirurgie en disant que l'avenir appartenait sans doute à l'hystérectomie abdominale totale. Le meilleur moyen de supprimer les inconvénients du pédicule, c'est de supprimer le pédicule lui-même. Seulement, nous n'avons pas jusqu'ici un procédé courant, une manœuvre simple, sans attirail instrumental.

Je suis arrivé, après quelques tâtonnements, à cette manœuvre simple, et je m'en tiendrai là, tant qu'on ne m'annoncera pas un nouveau progrès, sérieux et authentique.

Le procédé que je vais décrire se résume en deux mots : abandon complet des ligatures et des sutures, pinces à demeure comme dans l'hystérectomie vaginale. Quelques auteurs ont déjà essayé de marcher dans cette voie, mais n'ont pas encore touché le but.

Voici l'opération :

Il faut très peu d'instruments ; le principal est la grande « pince de Richelot », dont je ne me sers jamais dans l'hystérectomie vaginale, mais qui offre ici de sérieux avantages. Il est de rigueur de se placer entre les jambes. La désinfection vaginale doit être absolue.

L'incision abdominale étant faite, l'utérus est attiré hors de la plaie, couché sur l'abdomen. Si le fibrome est développé dans le segment inférieur ou s'y prolonge et remplit l'excavation, il faut d'abord énucléer la tumeur, en bloc ou par morcellement. L'uté-

rus flasque et aminci vous laisse toute liberté pour agir sur ses parties latérales.

Taillez un lambeau péritonéal antérieur et refoulez-le dans le petit bassin, pour éloigner la vessie et l'uretère.

L'index et le médius de la main gauche introduits profondément dans le vagin, en avant du col, rasez l'utérus avec les ciseaux à la rencontre de vos doigts et percez le cul-de-sac antérieur. Mettez l'index par en haut dans la perforation, et sur ce conducteur coupez avec les ciseaux l'insertion du vagin au ras du col jusqu'à la base d'un ligament large. Rien ne saigne, pas plus que ne saigne l'incision circulaire au début de l'hystérectomie vaginale.

C'est le moment de placer la grande pince, pendant que l'utérus est encore là et vous présente le ligament dans son attitude normale. Cette manière de faire est la plus simple et de beaucoup la plus sûre. Inutile, par conséquent, d'appliquer des pinces abdominales provisoires pour y substituer les vaginales définitives.

Procédez de la manière suivante : embrassez le ligament large avec toute la main gauche, le pouce en avant, les doigts en arrière ; appuyez la pointe mousse des ciseaux dans le point où vous venez d'arrêter la désinsertion vaginale, au-dessous de l'utérine, et percez le feuillet postérieur du ligament. Puis introduisez de la main droite la pince vaginale, présentez son mors postérieur au susdit orifice, et poussez-la de bas en haut, — en dehors de la trompe et de l'ovaire, bien entendu —, pendant que votre aide laisse descendre un peu l'utérus et que vous engagez à fond le bord supérieur du ligament large, avant de serrer fortement. Cette application de la pince est d'une facilité extrême, inattendue.

Reprenez, de l'autre côté, la désinsertion du vagin et pincez le second ligament de la même façon.

Coupez rapidement sur les bords de l'utérus, et la masse ne tient plus que par le cul-de-sac postérieur. Tout est fini en deux ou trois coups de ciseaux.

La tumeur enlevée, il faut reprendre, avec des « longuettes de seize », introduites par en bas, les points saignants de la section postérieure. Puis une lanière de gaze iodoformée, introduite par en haut, est pelotonnée dans le fond du vagin, et l'opération est

terminée. Avec les pinces des ligaments l'hémostase complémentaire, l'absence de toute ligature et la brèche du péritoine occupée par la gaze, on a la copie identique d'une hystérectomie vaginale.

Les trois opérations que j'ai faites par ce procédé m'ont demandé trois quarts d'heure, trente-cinq minutes et une demi-heure. Je parle de la durée vraie, totale, y compris la suture de l'abdomen.

Mes trois malades ont guéri ; ce n'est pas une statistique, mais c'est une expérience suffisante, après les tâtonnements antérieurs, pour fixer ma pratique. Tout ce qui était progrès il y a quelques semaines disparaît devant la simplicité de l'hystérectomie avec la pince vaginale d'emblée et la suppression totale du lien élastique, des ligatures variées et de l'occlusion du péritoine.

#### Discussion :

M. CH. FOURNEL. — Le moignon de col que laissent en place les procédés d'hystérectomie avec pédicule, qu'il soit interne ou externe, nous a causé de nombreux ennuis. Personnellement nous préférons jusqu'à présent le pédicule externe. Nous avons eu des phénomènes d'infection malgré la toilette minutieuse que nous avons faite ; il y a des phénomènes de tiraillement et d'étranglement intestinal, il y a des phénomènes vésicaux mêmes ; et toutes ces complications tiennent à quoi ? À ce qu'on s'est cru obligé de laisser un morceau de col utérin qui n'a que des inconvénients et nulle utilité.

En principe, il vaut donc mieux faire l'hystérectomie abdominale totale ; c'est de ce côté qu'est l'avenir. À ce titre, nous ne pouvons que remercier notre collègue M. Richelot de nous apporter un nouveau procédé. On lui opposera peut-être la gravité grande de l'hystérectomie abdominale totale, mais il est bien certain que cette opération ne peut pas être jugée encore aujourd'hui. Elle est trop nouvelle pour avoir donné tout ce qu'elle peut produire.

Le plus grand intérêt de la question est de savoir lequel des divers procédés déjà décrits, en y comprenant celui de M. Richelot, nous choisirons de préférence.

Mon intention n'est point de passer en revue tous les

détails des procédés de Péan, de Guermontprez perfectionné par la traction de Reverdin et appliqué par Lannelongue (de Bordeaux), de Doyen, de Chaput.

Laissons de côté le procédé de notre collègue Chaput, très ingénieux, mais ne convenant qu'aux fibromes de volume moyen ; en effet, un très gros volume en élevant l'utérus et le rendant inaccessible, empêcherait de se livrer au décollement préalable du col que préconise l'auteur.

Il reste, pour enlever en entier les très gros fibromes, la possibilité ou bien de faire cette ablation totale en un seul temps par la voie abdominale (opération de Guermontprez et opération de Doyen), ou bien de l'exécuter en deux temps successifs et, après avoir enlevé le fibrome avec le corps utérin par la voie abdominale en formant un pédicule, d'aller ensuite chercher ce pédicule cervical par la voie vaginale (procédé de Péan). Cette manière d'opérer en deux temps constitue assurément une complication ; c'est pour l'éviter que Guermontprez et que Doyen ont respectivement imaginé chacun leur opération. Beaucoup de chirurgiens cependant craignent l'hémorrhagie en opérant à la façon de ces deux auteurs et sont restés, à cause de cette crainte, fidèles à l'opération en deux temps.

M. Richelot, après Guermontprez, après Doyen, nous apporte-t-il un procédé que nous adopterons plus facilement ? L'opération qu'il vient de nous décrire nous assure-t-elle l'hémostase, ne risque-t-elle point de compromettre quelque organe voisin, un uretère par exemple.

I. — Pour la question de l'hémostase, assurément on peut faire au procédé de Richelot le reproche de ne placer sur chaque ligament large qu'une pince unique. C'est un reproche qui ne manque pas de gravité, parce que on n'a pas encore trouvé le clamp parfait qui ne lâche jamais, et à cause de cela j'aime beaucoup placer un clamp coadjuteur à côté du premier. Cependant, je dois reconnaître que si nous n'avons point une sécurité aussi près de l'absolu qu'avec l'opération en deux temps, toutefois il y a un progrès réalisé sur les procédés en un temps, sur le Guermontprez et le Doyen. Il est bien entendu cependant que s'il fallait énucléer du fibrome intra-ligamentaire, on ne pourrait vraiment pas se flatter de n'avoir pas de sang.

II. — Prenons la question de sécurité des uretères. M. Richelot ne s'expose-t-il pas à les blesser ? Son opération expose-t-elle à ce danger plus ou moins que les opérations que nous possédons déjà ? L'opération de Péan est sous ce rapport la plus dangereuse de toutes : les uretères, et principalement celui du côté droit, se trouvent en danger pendant le temps vaginal de l'opération, absolument comme ils sont en danger pendant l'hystérectomie vaginale ordinaire. Pour vous dire mon jugement comparatif sur l'opération de M. Richelot, je suis obligé de vous expliquer en quelque sorte comment je comprends le danger couru par l'uretère du côté droit pendant l'extirpation du moignon vaginal de Péan.

Je ne puis accepter que partiellement les théories qu'ont émises MM. Tuffier et Segond pour expliquer que l'uretère droit soit blessé plus fréquemment que le gauche pendant l'hystérectomie vaginale.

Assurément, c'est dans les rapports intimes des uretères avec le col de l'utérus à la partie inférieure du bord interne des ligaments larges que git la cause de la blessure. Ces conditions anatomiques, étant pareilles pour les deux côtés, n'expliquent point la prédilection de la blessure du côté droit. Je ne pense pas non plus que l'opérateur, en plaçant le clamp sur le ligament large du côté droit, soit plus maladroit de ce fait parce qu'il est à sa propre gauche, ce qui est la théorie de M. Tuffier. Pour moi, c'est antérieurement que la faute est généralement commise, c'est dans le temps du décollement, et surtout du décollement vésico-utérin.

Dans ce temps, toujours ou à peu près, l'opérateur tient dans sa main gauche les pinces à abaissement avec lesquelles il cherche à attirer l'utérus et c'est avec son index droit qu'il le décolle. Or que se passe-t-il ?

Il est bien rare que la main gauche qui tient les pinces reste sur la ligne médiane pendant que l'index droit travaille au décollement ; elle a toujours une tendance à revenir vers la gauche de l'opérateur, c'est-à-dire la droite de la patiente. Soit dans les hystérectomies que j'ai vues pratiquer par d'autres opérateurs, soit dans mes hystérectomies personnelles, je me suis rendu compte que quand on tient les pinces de la main gauche, on décolle les tissus très imparfaitement à sa

propre gauche à soi (c'est-à-dire à la droite de la femme). La main aux pinces ne peut pas rester sur la ligne médiane ; si elle y restait pendant que l'index droit se porte vers le côté droit de l'utérus il se produirait un entre-croisement bizarre et fatigant des deux mains de l'opérateur, la droite par-dessus la gauche.

A mesure que l'index droit s'avance sur la moitié droite de l'utérus, la main gauche rétrocede devant lui, si bien qu'au lieu d'amener, ce qui serait logique (et c'est ce qui a lieu de l'autre côté) l'utérus et la vessie au-devant du doigt, qui vient les séparer, l'opérateur fait fuir ces organes devant le doigt et empêche le décollement complet.

Il se passe là, en un mot, ce qui a lieu pour les cavaliers novices qui veulent conduire leur cheval d'une seule main. Les écuycrs professionnels ont remarqué que tous les chevaux de manège ont la tête habituellement portée à gauche. Pourquoi ? parce que cette main gauche qui tient les rênes, au lieu de s'avancer jusqu'au milieu du corps, jusqu'à la ligne médiane comme elle le devrait, a toujours une tendance à rester un peu plus vers la gauche.

Mais il y a une seconde cause non moins importante sur laquelle je désire insister, c'est sur le mouvement de rotation de l'avant-bras gauche de l'opérateur. Si vous voulez bien placer deux pinces à traction, l'une sur la lèvre antérieure, l'autre sur la lèvre postérieure d'un col utérin, comme on fait le plus souvent, prendre les anneaux de ces pinces de la main gauche dans la position la plus naturelle, vous verrez que la position de votre main gauche est intermédiaire à la pronation et à la supination. Tirez maintenant sur les pinces, comme si vous vouliez abaisser l'utérus. Dans ce but vous rapprochez votre main de votre corps. Or, chacun peut constater sur soi-même que ce mouvement de rapprochement de la main vers la ligne médiane exige une extension exagérée du poignet, extension désagréable, presque douloureuse, grâce à laquelle on perd toute force. Pour éviter ces inconvénients instinctivement on reporte sa main gauche vers la supination. Cet instinctif mouvement de supination auquel presque aucun opérateur ne peut se soustraire a pour résultat de faire subir à l'utérus, précisément pendant le temps du décol-



lement un mouvement de torsion tel que le bord utérin du côté droit devient presque postérieur et inaccessible à l'index de votre main droite.

Au contraire, le bord gauche de l'utérus est devenu antérieur, très accessible et votre index va facilement décoller jusqu'au-près de ce bord et tout à l'aise.

Si, donc, on pince plus souvent l'uretère droit, ce n'est pas parce que les clamps sont plus difficiles à placer à droite, c'est parce que le décollement vésico-utérin est plus difficile vers ce côté et reste presque toujours incomplet.

Par la faute de ce décollement incomplet, tandis que la terminaison vésicale de l'uretère gauche peut remonter avec la vessie, l'extrémité de l'uretère droit, au contraire, fixée au col utérin est attirée avec lui dans le champ d'action du clamp.

Si cette manière de voir représente, comme nous le pensons, la vérité, on en pourra tirer un avantage prophylactique.

Nous conseillerons pour le temps du décollement de ne pas tenir tout le long de ce temps les pinces avec la main gauche, mais de les faire saisir par la main droite d'un aide placé à la droite de l'opérateur et derrière lui et de le faire tordre en tirant de haut en bas et vers la gauche de la femme, de façon que la face antérieure de l'utérus regarde la cuisse gauche de la femme pendant que le chirurgien achève le décollement vers le ligament large droit.

Les chirurgiens qui sont également habiles de leurs deux mains pourront remplacer l'assistant en faisant une transposition de main et en prenant successivement les pinces avec l'une, puis l'autre main.

J'ai lieu de penser que ces précautions supprimeront le décollement incomplet de l'uretère du côté droit qui était la cause la plus habituelle de son pincement, et que ce conduit ne sera plus blessé que dans les hystérectomies particulièrement difficiles.

En présence de ces dernières, quand l'utérus est enclavé, la nécessité de sculpter péniblement dans des tissus fusionnés ensemble explique suffisamment et sans qu'il soit besoin d'autre hypothèse, la blessure des organes voisins de l'utérus.

Avons-nous plus de sécurité avec le procédé de M. Richechlot. Pour répondre à cela, remarquons que si l'auteur s'ef-

force d'attirer l'utérus et la tumeur en dehors du pelvis, si d'une part il libère de son mieux les attaches vésicales, cependant au moment de cette libération de la vessie les ligaments larges existent encore, ils n'ont point été coupés. Nous avons toujours vu, et les auteurs qui ont fait des expériences cadavériques à ce sujet (Guermonprez) ont toujours remarqué que la plus grande résistance à l'élévation de l'utérus était opposée par les ligaments larges. Il est donc à craindre que, l'utérus étant très peu soulevé par les tractions, on ne soit obligé d'aller opérer le décollement de la vessie tout à fait dans la profondeur du pelvis. Ces conditions incommodes feraient que le décollement vésico-utérin pourrait rester incomplet. A cause de ce décollement incomplet, je crains que les uretères ne courent tous deux dans l'opération de Richelot le risque auquel l'hystérectomie vaginale expose l'uretère droit seul, risque dont je viens d'essayer d'expliquer le mécanisme.

M. NITOT. — Je demanderai à M. Richelot de vouloir bien nous dire ce que deviennent dans la suite les pédicules qu'il a pris dans sa longue pince. Les laisse-t-il dans le ventre, s'exposant ainsi à emprisonner, dans la cavité péritonéale des eschares qui sont destinées à s'éliminer plus tard ; ce qui serait un inconvénient sérieux pour son procédé, à moins que l'expérience ne démontre qu'ils se comportent par la suite comme un simple pédicule fait avec une ligature.

Peut-il, au contraire, les attirer hors du péritoine comme nous le faisons dans l'hystérectomie vaginale de manière à pouvoir placer au-dessus d'eux le tamponnement vaginal qui est destiné à fermer le ventre, mais aussi à protéger l'extrémité des pinces qui pourraient par leur contact direct et prolongé blesser l'intestin ? Un des points très intéressants et original de son procédé consiste dans le trou que M. Richelot fait à la partie inférieure du ligament large et par lequel il glisse la branche postérieure de sa pince. Il évite ainsi de prendre dans l'épaisseur de la pince une trop grande épaisseur de tissus comme cela arriverait fatalement s'il passait la branche postérieure de la pince à travers une

ouverture du cul-de-sac postérieur. Dans ce cas, en effet, la base du ligament large doublée de son épaisseur vaginale est extrêmement grande par rapport à la minceur du ligament large. Or il arrive que la pince est insuffisante à écraser cette épaisseur de tissu qui fait coin entre ses mors et empêche le serrement des extrémités de ses branches, ce qui peut déterminer l'hémorrhagie primitive ou secondaire des vaisseaux utéro-ovariens mal oblitérés. Enfin la manière de placer le pansement constitue un point capital pour assurer les suites opératoires.

M. Paul PETIT. — J'ai eu le plaisir d'assister à l'une des dernières interventions de M. Richelot, à celle précisément qui vient faire tache dans sa statistique. Malgré les difficultés du cas, j'ai été frappé de la rapidité avec laquelle il a été traité, de la précision et de l'aisance qui ont présidé aux mouvements de l'opérateur au moment du décollement de la vessie, de l'ouverture du cul-de-sac antérieur et du placement des pinces sur les ligaments larges.

Ceci étant posé, je ferai remarquer la désinvolture avec laquelle M. Richelot passe du péritoine au vagin et du vagin au péritoine, en faisant pour ainsi dire abstraction de la symphyse qui ne le gêne pas plus pour voir que pour manœuvrer. Ce chassé-croisé n'a pas lieu moins de trois fois, sans compter les manœuvres imprévues. Or, c'est encore un dogme pour nous que la désinfection absolue du vagin, c'est-à-dire la désinfection absolument exigible pour ce genre d'intervention, est assez difficile à obtenir. Je demanderai donc à M. Richelot si, dans un cas semblable à celui que je lui ai vu traiter (cancer du col compliqué de petit fibrome utérin et de pyosalpinx), il ne ferait pas mieux de recourir à une opération plus courante dont la paternité lui est également acquise (au moins dans la façon de faire l'enfant), l'hystérectomie vaginale avec forci-pressure.

Au point de vue de la poursuite des trainées microscopiques du cancer dans les ligaments larges (car il est entendu qu'il ne peut être question de propagation appréciable au doigt) je ne saurais trop insister sur l'énorme supériorité de l'hystérectomie par hémisection médiane qui permet tou-

jours, une fois l'utérus basculé en avant, et les uretères relevés avec la vessie au-dessus de l'action des pinces, de placer celles-ci aussi loin qu'on le veut en dehors du plan médian.

Enfin, quelle que soit la facilité avec laquelle M. Richelot place ses pinces, je pourrais me demander s'il n'y aurait pas avantage à les remplacer, de chaque côté, par deux fils, le fil supérieur embrassant le moignon annexiel, le fil inférieur enserrant la base du ligament large après avoir suivi le trajet que l'auteur fait prendre à la pointe de ses ciseaux courbes.

C'est ainsi, je crois, que procède, entr'autres, M. Lebec. Mais, certainement, rien ne vaut la manœuvre des pinces languettes de 16, telle que la pratique M. Richelot, pour arrêter l'hémorrhagie de la tranche vaginale postérieure quand elle donne autant que parfois dans le cancer, la grossesse extra-utérine ou l'inflammation péri-utérine encore en phase d'acuité. Il ne faut pas oublier que cet écoulement de sang est d'autant moindre que l'on rase de plus près la face postérieure de l'utérus.

M. PICHEVIN. — Depuis notre dernière discussion sur l'hystérectomie abdominale totale, j'ai eu l'occasion de faire une enquête sur cette question. Les chirurgiens français ont une grande tendance à pratiquer l'ablation totale des gros fibromes par la voie abdominale. On n'est pas encore fixé sur le manuel opératoire qu'il faut adopter, mais on reconnaît généralement qu'il est préférable d'enlever la totalité de la tumeur et de l'utérus. La suppression de tout pédicule est théoriquement considérée comme un progrès. Mais l'hystérectomie abdominale totale n'est-elle pas plus grave que les méthodes rivales ? Cette question n'était pas résolue. Voici quelques chiffres qui se trouvent consignés dans un travail récent : La mortalité de l'hystérectomie totale est de 13,8 % ; celle de la méthode extra-péritonéale est de 18,9 % ; enfin, la méthode intra-péritonéale arrive en 3<sup>e</sup> ligne avec une mortalité de 23,70 %.

Ces statistiques portent sur un nombre considérable d'opérations. Je sais qu'il ne faut pas accorder une importance trop grande à ces statistiques qui peuvent être si aisément faussées. Mais l'on est obligé de reconnaître les remarquables résultats de Martin (25 guérisons sur 26 hystérectomies tota-

les), de Chroback (20 guérisons sur 20 cas), de Lennander (16 guérisons sur 16 cas), de Carl (20 guérisons sur 20 cas), de Delagenière (11 guérisons, 1 mort).

J'ai assisté M. Le Dentu dans une hystérectomie abdominale totale qui se présentait dans des conditions particulièrement difficiles. On a fait des ligatures à la soie. La malade a parfaitement guéri. Mon opinion s'est donc quelque peu modifiée depuis notre dernière discussion. Je crois qu'il faut tenter l'hystérectomie abdominale totale de préférence à l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe ou avec pédicule interne. Il est bien entendu que l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix et qu'on n'opérera par la voie abdominale que dans les cas où la voie vaginale sera reconnue impossible ou trop difficile.

Quoique l'hystérectomie abdominale totale ait été pratiquée avant 1870 par quelques chirurgiens (1), on peut dire que c'est Freund qui décrivit, le premier, une méthode rationnelle, bien réglée et extrêmement ingénieuse. Freund faisait la laparotomie, attirait l'utérus au dehors, et posait une triple ligature sur chaque ligament large. Il incisait le péritoine au-dessus de la vessie, sur la face antérieure de l'utérus, prolongeait cette incision de chaque côté vers les ligaments larges en lui donnant une forme courbe, et divisait le péritoine qui recouvre la face postérieure de l'utérus. Il pénétrait jusqu'aux culs-de-sac vaginaux et le vagin était sectionné. Il introduisait les doigts dans la plaie vaginale et attirait le col dans la cavité abdominale. L'utérus étant enlevé, Freund tirait par le vagin les six anses de fil, de façon à produire l'inversion des ligaments larges. Il suturait le péritoine au-dessus des trompes et des ovaires.

Tel est le procédé qu'exécuta Freund en 1878. Il s'agissait d'hystérectomie abdominale pour cancer. C'est Freund qui fut l'inspirateur de Bardenheuer, quand celui-ci proposa en 1881 l'hystérectomie totale pour tous les corps fibreux.

L'opération de Freund pour cancer a donné de mauvais résultats, mais elle est excellente quand on l'applique à la cure des fibromes. Et Freund — comme il me le disait lui-même

(1) Clay (1843) ; Heath (1843) ; Péan pratiqua le 22 sept. 1869 une opération irrégulière, incomplète, mais néanmoins remarquable.

— a enlevé des fibro-myomes, suivant sa méthode, avant que Guermontprez, Baldy, Edebolhs, Lanphear et Doyen eussent pratiqué l'hystérectomie abdominale totale. Ces auteurs, comme Freund, enlèvent la tumeur en un fragment, et, suivant une méthode qui se rapproche singulièrement de celle décrite par l'opérateur allemand.

Ce n'est donc que justice de rendre à Freund la part glorieuse qui lui revient dans l'exécution de l'hystérectomie abdominale totale, et M. Doléris qui vient de parler du procédé d'inversion des ligaments larges voudra bien s'associer à moi pour faire acte de courtoisie internationale.

Le procédé de M. Richelot est très intéressant. Mais qu'il me soit permis de faire quelques objections.

D'une façon générale, je crois qu'il est préférable de faire l'hémostase à l'aide de ligatures. On évite ainsi plus sûrement les hémorrhagies qu'en se servant de pinces. Plusieurs opérateurs posent une ligature sur le ligament infundibulo-pelvien ; une autre à la partie interne et supérieure du ligament large et une dernière à la partie inférieure de ce ligament. Cette troisième ligature porte sur l'artère utérine.

M. Richelot exécute très rapidement son procédé. Je crois que cet avantage n'est pas aussi réel qu'on serait tenté de le croire. M. Richelot fait vite et bien parce qu'il a une grande habitude des pinces.

Martin opère aussi vite ; il ne fait l'hémostase qu'avec des ligatures, il ne se sert jamais de pinces. Ces deux chirurgiens ont une dextérité qui leur permet de terminer une hystérectomie totale en 30 minutes. Tous les opérateurs ne peuvent se féliciter d'en faire autant. Il faut donc chercher d'autres raisons pour se décider en faveur des ligatures ou des pinces.

Les pinces ont l'inconvénient d'exposer les opérées à des hémorrhagies, soit immédiates, soit tardives. Je croyais que M. Richelot avait abandonné les longues pinces dites de Richelot pour ne se servir que de pinces à mors puissants et courts, quand il pratique l'hystérectomie vaginale. Lorsqu'on saisit tout le ligament large avec une seule pince de Richelot on assiste quelquefois au glissement d'une portion de ce ligament et par suite à une hémorrhagie. Je pensais que cet accident, constaté à plusieurs reprises, avait décidé M. Richelot à

ne plus se servir de la pince longue et unique pour faire l'hémostase de chaque ligament large.

M. DOLÉRIS. — M. Pichevin a rappelé que Freund était le père de l'hystérectomie abdominale. Il est juste de faire remarquer que c'est pour le cancer qu'il a inventé cette opération et que depuis il l'a complètement abandonnée.

M. RICHELOT. — Les objections qu'on m'a présentées portent sur quelques points principaux, que je vais passer en revue rapidement.

Les « procédés d'auteurs » auxquels on a fait allusion ont tous des inconvénients, lenteur, difficulté, absence de sûreté hémostatique, etc., qui m'ont porté à chercher mieux. Il y en a deux, cependant, qui m'auraient séduit : 1° l'hystérectomie abdomino-vaginale, qui consiste à faire d'abord l'ablation supra-vaginale du fibrome, puis l'ablation vaginale du pédicule ; ce dernier temps peut être facile, mais il y a des cas où il offre de réelles difficultés, je me le suis fait dire par des chirurgiens qui l'ont exécuté ; 2° l'hystérectomie vagino-abdominale, qui consiste à libérer d'abord le segment inférieur, à placer les pinces utérines, puis à continuer l'opération par la voie sus-pubienne ; excellente méthode, dont je me serais contenté si elle était toujours applicable. Mais vous savez qu'il y a des cas où les culs-de-sac sont effacés, remontés, où l'on n'a aucune prise par la voie vaginale. En résumé, si on veut être muni pour tous les cas, il faut avoir un procédé *exclusivement abdominal*, et c'est ce que j'ai cherché.

Vous me demandez si l'hémostase, dans mon procédé, est toujours facile. Rien ne saigne, je l'ai dit, pendant les premiers temps ; la taille du lambeau péritonéal antérieur donne un suintement sans importance. L'énucléation des fibromes hors de la paroi utérine, quand on y est obligé, n'est pas plus dangereuse. Si la loge du fibrome donne du sang, on la ferme en accolant ses parois avec des pinces à traction, et on passe outre ; c'est ce que j'ai fait chez une de mes malades.

La résistance des ligaments larges ne m'inquiète pas. La masse utérine s'énuclée toujours à travers la boutonnière sus-pubienne ; si alors le segment inférieur reste un peu loin de moi, au fond de la cavité pelvienne, peu m'importe, la

désinsertion du vagin et la manœuvre de la pince se fait très bien dans ces conditions, c'est même l'avantage de la pince sur les ligatures de s'adapter vite et commodément à toute profondeur.

Je mets une pince unique sur les ligaments, parce que j'ai observé qu'il est plus long et plus difficile d'en mettre deux en étages. Si le modèle de la pince est bon, la prise est sûre. Mais ici, comme dans l'hystérectomie vaginale, il faut regarder avec soin quand la pince est placée, et pour peu qu'on ait un doute, rien n'empêche d'assurer la prise avec une longuette supplémentaire.

Je reprends ici la grande « pince de RicheLOT », que j'ai depuis longtemps abandonnée. Dans l'hystérectomie vaginale, les pinces à mors courts sont plus faciles à placer et donnent de meilleures prises ; dans l'abdominale, la manœuvre que je vous ai décrite est la plus simple, c'est un fait d'expérience. De plus, la grande pince ne sert ici qu'à l'hémostase ; une fois qu'elle est placée, on n'y touche plus, on la respecte. Dans l'hystérectomie vaginale, au contraire, les pinces jouent un grand rôle comme instruments de traction, et les pinces courtes sont les seules qui puissent répondre à cette indication.

L'uretère, dans mon procédé, ne court aucun danger, et cela pour deux motifs : d'une part la taille du lambeau péritonéal et la libération de la vessie ; d'autre part, et surtout, le point où je pratique, à la base du ligament large, le trou par où doit passer le mors postérieur de la pince. Ce trou est au ras du col, sous l'utérine, et en dedans de l'uretère.

Vous me demandez si la longue pince et la section du ligament large ne sont pas trop haut dans le ventre. La même idée m'est venue ; mais je n'ai pas observé d'accidents. La section, d'ailleurs, dépasse moins que vous ne le pensez la plaie vaginale ; et le jour où la mortification des tissus se produit, les adhérences péritonéales ont eu le temps de créer un petit foyer sus-vaginal où les eschares ne sont plus dangereuses.

J'enlève toujours assez tard, du sixième au huitième jour, le tamponnement qui réalise l'occlusion provisoire du péritoine.

Vous avez remarqué que, dans le cours de l'opération, les



doigts passent plusieurs fois, sans se gêner, du vagin au péritoine et du péritoine au vagin. Sans doute, il faut faire une désinfection très soignée du vagin. Mais n'est-ce pas ainsi dans l'hystérectomie vaginale ? Nos doigts opèrent dans le vagin et s'introduisent maintes fois dans le péritoine sans qu'il en résulte aucun danger.

Enfin, vous me demandez s'il est bien démontré que les pinces à demeure et la plaie vaginale ouverte valent mieux que les ligatures et l'occlusion du péritoine.

Je ne vois pas pourquoi on craindrait plus ici, que dans l'hystérectomie vaginale, la communication avec le péritoine. Je compare toujours les deux opérations. Les pinces valent ici ce qu'elles valent dans l'hystérectomie vaginale ; cette dernière, quand elle est simple, peut être faite avec des ligatures, mais il y a des cas très nombreux où l'emploi des pinces est la condition même de l'acte opératoire. Dans l'hystérectomie abdominale, on trouve quelques utérus complaisants qui viennent bien à l'extérieur ; pour ceux-là, l'emploi des pinces ne sera qu'une facilité de plus. Mais pour les autres cas, j'ai l'espoir que mon procédé sera un précieux élément de succès. J'ai cherché, et je crois avoir trouvé une manière de faire d'une grande simplicité relative, qui débarrasse des obscurités et des préjugés qui l'entourent encore une opération contre laquelle de très bons chirurgiens ont encore beaucoup de préventions.

M. GUÉNIOT. — J'ai été frappé par ce fait que les cas qu'on vient de nous rapporter sont très différents les uns des autres ; conséquemment, je me demande s'il faut aller à la recherche d'une seule méthode et si plusieurs méthodes, au contraire, s'adaptant à différentes catégories de cas, ne seraient pas préférables.

**M. JOUIN : Pathologie utérine et Maladie de Basedow.**

En nous appuyant sur quarante-trois observations personnelles, très succinctement résumées au cours de ce travail, nous croyons pouvoir démontrer que le goître exophtalmique, dont les causes sont évidemment multiples, dont la pathogénie, toujours à l'étude, doit être également complexe,

présente avec la pathologie de l'utérus des rapports tels que l'on ne saurait croire à une simple coïncidence.

Nous pensons établir que cette pathologie utérine joue dans l'étiologie du mal de Basedow un rôle considérable, qu'elle peut le créer de toutes pièces, l'entretenir, en amener le développement ou la disparition, suivant l'amélioration ou l'exagération de l'état morbide pathogène.

Enfin, nous estimons que dans ses formes frustes, si peu connues encore, et qui demandent à être recherchées avec grand soin, le goître exophtalmique doit nous donner la clef de la plupart des phénomènes pathologiques dits de la ménopause.

Vérités cliniques dont l'importance thérapeutique s'impose, ainsi qu'on le verra à la lecture de nos observations.

Et d'abord, rappelons les données fournies sur le sujet par les auteurs qui nous ont précédé.

La maladie s'observe chez la femme sept ou huit fois plus souvent que chez l'homme.

Son maximum de fréquence, disent les auteurs, porte sur la période de la vie qui s'étend de vingt-cinq à quarante ans, l'âge des névroses.

Tous insistent sur le rôle considérable de la prédisposition et de l'hérédité, sur l'association extrêmement fréquente, chez le même individu, de l'hystérie, de l'épilepsie et de la maladie de Basedow, sur l'état nerveux pathologique des parents des basedowiens.

Nous retrouvons cette hérédité signalée dans les observations de Kronthal, Catilena, Solbrig, Morel Mackenzie, Chéalde, Russell, Savage, Marie, Déjérine, etc., etc.

Or ces données étiologiques, à part celles qui concernent le sexe des sujets, n'ont rien ou presque rien à voir avec nos propres observations.

Si l'âge moyen de notre premier groupe de malades égale trente-cinq ans, le second groupe (25 observations) porte sur des sujets de quarante à cinquante ans.

Quant au rôle de l'hérédité, il est vraiment à peu près négligeable chez la plupart de nos malades.

De même, nous n'avons relevé que rarement l'hystérie ou l'épilepsie dans leurs antécédents personnels. Et nous n'avons trouvé la chorée qu'une seule fois (obs. VII du second groupe).

Sans contester les observations classiques, nous avons donc le droit d'admettre, dans la pathogénie de la maladie de Basedow, un autre facteur, facteur extrêmement important, entrevu d'ailleurs par Gauthier de Charolles.

D'autres cliniciens avaient bien observé déjà des troubles utérins, la disparition des règles particulièrement, au cours du goître exophthalmique; mais ils avaient considéré ces symptômes comme consécutifs, et sous la dépendance du mal de Basedow ou plutôt de la chlorose qu'il détermine.

Gauthier de Charolles alla plus loin :

« Les troubles génitaux, dit-il, doivent être regardés comme une des causes déterminantes de la maladie.

« On sait l'influence de la menstruation et de tous les phénomènes utérins sur le système nerveux, et l'action réciproque des troubles nerveux sur les règles et la grossesse. « Il est donc admissible que la congestion utéro-ovarienne venant à faire défaut, une congestion compensatrice se porte sur les centres nerveux émotifs : cœur, corps thyroïde, larynx, œil. » Et l'auteur conclut que chez un sujet *prédisposé* la suppression de la congestion menstruelle, ou un trouble génital quelconque, peuvent être suivis d'une congestion compensatrice du centre émotif bulbo-protubérantiel.

Mais il laisse, dans le complexe pathogénique, la place la plus grande à l'hérédité, à la prédisposition nerveuse. Et s'il admet l'influence étiologique d'un trouble utérin au point de vue de la détermination de la maladie de Basedow, il n'établit pas de rapport constant entre la cause et l'effet ; il ne signale pas, surtout, l'amélioration observée dans l'affection deutéropathique du fait de l'amendement des symptômes de la maladie primitive.

Nous avons tenu pourtant à rapporter cette opinion de Gauthier de Charolles, si incomplète qu'elle nous paraisse, pour éviter toute contestation de priorité.

De même, pour être complet, nous devons rappeler quelques observations relevées dans différents auteurs, qui les ont signalées sans y attacher d'ailleurs la moindre importance.

« Il est fréquent, dit le D<sup>r</sup> Chamberlain, dans une thèse ré-

cente, de trouver de la leucorrhée avec douleurs lombaires et pesanteur abdominale au cours du mal de Basedow. Une grossesse intercurrente modifie souvent dans un sens favorable la maladie (cas de Charcot, de Souza-Leit, et de beaucoup d'autres auteurs). (Bloch a observé une jeune femme atteinte d'une maladie de Basedow et dont tous les symptômes avaient disparu à la suite d'une ovariectomie double, etc., etc. Il y a un cas récent de Picqué absolument analogue à celui de Bloch.

Mais, encore une fois, ces auteurs n'ont vu que des coïncidences dans les phénomènes que nous signalons et n'ont pas songé à établir la relation intime que nous avons la prétention de démontrer.

Nous devons pourtant indiquer leurs observations :

Donnons maintenant le résumé très succinct des faits qu'il nous a été permis à nous-même de recueillir.

Nous les classons en deux catégories, suivant qu'il s'agit de malades en pleine activité utérine, ou de sujets arrivés à l'âge de la ménopause.

#### Premier groupe.

Obs. I. — *Métrite. Goître exophtalmique. Traitement de la métrite. Grande amélioration. Traitement du mal de Basedow. Guérison.*

M<sup>me</sup> B. ..., d'Alençon, 35 ans, vient consulter à Paris en mai 1888. Six grossesses très rapprochées. Fatigue génitale considérable. Métrite non soignée depuis plusieurs années. Pas d'antécédents nerveux ni héréditaires. En mai, apparaissent les premiers symptômes du goître exophtalmique qui devient rapidement inquiétant. On traite d'abord l'utérus d'une façon exclusive. La malade est très améliorée. Sur le conseil de Potain, on la soumet simultanément au traitement par les courants continus et l'hydrothérapie. Guérison.

Depuis ce temps, la malade a eu quelques rechutes légères. Toutes ont coïncidé avec un retour de l'inflammation utérine. Aujourd'hui elle jouit d'une santé parfaite.

Obs. II. — Mme A. ..., de Paris, 28 ans. — En juin 1888, cette malade me consulte pour un goître exophtalmique à forme fruste, dont elle souffre depuis trois mois seulement. C'est le goître qui domine la scène pathologique, à tel point qu'un médecin des hôpi-

taux, M. D..., a proposé des injections iodées interstitielles. Tachycardie légère (de 100 à 110 pulsations). Pas d'exophtalmie, mais simplement des yeux un peu brillants. Hémorragies utérines remontant à deux ans. La malade, examinée au spéculum, présente un polype fibreux. Opération de ce polype. Curettage. Sans autre traitement qu'un peu d'hydrothérapie, la malade guérit radicalement de son mal de Basedow. Sujet très calme. Pas le moindre antécédent pathologique.

Obs. III. — Novembre 1888. Mademoiselle X..., de Paris, 26 ans. Actrice. Métrite par suite d'excès vénériens. Vaginite blennorrhagique. Maladie de Basedow à symptômes très accentués. Le repos génital et le traitement de l'inflammation du vagin amènent une amélioration rapide du goître exophtalmique qui disparaît spontanément trois mois après la guérison de la blennorrhagie. Attaques de nerfs antérieures. Pas d'hérédité.

Obs. IV. — Novembre 1888. — Grande hystérie. 33 ans. Mère épileptique. Père inconnu. Métrite hémorrhagique. Tachycardie ; exophtalmie ; pas de goître. Curettage. Guérison de tous les symptômes. La malade demeure nerveuse ; mais sans manifestations basedowiennes.

Obs. V. — Décembre 1888. Tachycardie très accusée. Insomnie. Tremblements. Légère exophtalmie au cours d'une métrite blennorrhagique. Amendement de tous ces symptômes sous l'influence du seul traitement local et de douches. Pas d'antécédents. Célibataire de vingt-six ans.

Obs. VI. — Février 1889. Goître ; tachycardie. Petit polype hémorrhagique. Ablation du polype. Guérison de tous les symptômes. Malade un peu nerveuse. Mère bien portante. Père mort d'hémorrhagie cérébrale. Veuve de 32 ans.

Obs. VII. — Février 1889. Tachycardie ; exophtalmie ; pas de goître apparent. 25 ans. Kyste de la glande de Bartholin. Abaissement utérin. Métrite. Opération du kyste. Traitement de la métrite. Pessaire. Electricité. Hydrothérapie. Iodure pendant 2 ans. La malade, très améliorée après l'opération, recouvre à peu près complètement la santé. Il lui reste cependant de la tachycardie.

Obs. VIII. — Juin 1889. Maladie de Basedow très accusée. Métrite avec écoulement purulent abondant. Salpingo-ovarite probablement suppurée. Mère de famille de 32 ans. Ne veut suivre aucun traitement sérieux, et particulièrement n'accepte pas de thérapeutique utérine. Voit deux autres médecins et meurt après cinq mois de maladie. Le mal de Basedow paraît être survenu sans

cause (en dehors du système génital). Femme nullement nerveuse. Parents paysans et très sains.

OBS. IX. — Juillet 1889. Provinciale de 34 ans. Stérile. Déchirure du col. Métrite. Exophtalmie; tachycardie; grand nervosisme. Opération de Schröder. Amélioration. Grossesse six mois après. Guérison. Aucun traitement général. Pas d'antécédents nerveux.

OBS. X. — Juillet 1889. Nerveuse. Petite hystérie. Pas d'antécédents. 40 ans. Métrorrhagies. Polype. Goître; tachycardie; grand nervosisme. Tous les accidents disparaissent par l'ablation simple du polype.

OBS. XI. — Octobre 1889. Goître exophtalmique chez une jeune femme. 34 ans. L'examen utérin, qui n'a jamais été pratiqué avant notre consultation, indique un cancer assez avancé de l'utérus. Morte de cachexie cancéreuse et basedowienne. Pas d'antécédents.

OBS. XII. — Décembre 1890. Goître simple coïncidant chez une jeune femme de 35 ans avec des lésions suppuratives des annexes. Pas d'hérédité. La malade quitte Paris sans vouloir se laisser opérer. Plus de nouvelles.

OBS. XIII. — Mars 1891. Exophtalmie. Tachycardie chez une femme de 36 ans qui porte un kyste de l'ovaire. Ce kyste est ponctionné et ne se reproduit pas. La tachycardie et l'exophtalmie disparaissent simultanément.

OBS. XIV. — Mai 1891. Tachycardie. Agitation. Un peu de goître coïncidant avec un kyste de l'ovaire. Ablation du kyste. Guérison. 37 ans. Pas d'antécédents.

OBS. XV. — Juin 1892. Goître exophtalmique considérable. Métrite cervicale et rétroversion. Amélioration obtenue par le traitement purement médical de l'affection utérine. 38 ans. La malade meurt d'une pneumonie intercurrente. Parents sains.

OBS. XVI. — Mars 1893. Goître exophtalmique bénin. Fibrome volumineux. Une saison à Salies-de-Béarn amende tous les symptômes. La malade ne veut plus se soigner. Demeure depuis lors dans un état stationnaire.

OBS. XVII. — Juin 1893. 25 ans. Jeune femme stérile et atteinte de sténose utérine avec endométrite. Goître et tachycardie. Exophtalmie légère. L'application de tiges de laminaires détermine toujours un amendement considérable des symptômes généraux. Les parents se portent bien.

OBS. XVIII. — Mars 1895. 18 ans. Blennorrhagie déterminée au

cours d'un viol. Grande émotion. Mal de Basedow léger. Amendement de l'état général parallèle à l'amendement des lésions locales. Mère hystérique. Malade très nerveuse.

#### Deuxième Groupe.

Obs. I. — M<sup>me</sup> X., de Paris. 51 ans. Vue pour la première fois en décembre 1888. Hémorrhagies dont nous ne trouvons pas la cause anatomique. L'utérus mesure seulement 7 centim. Il est libre et peu volumineux. Goitre exophtalmique très net, mais peu accentué. Traitement classique (hydrothérapie, électricité, iodure de potassium). Le mal empire pendant 4 mois. A ce moment les règles diminuent. La malade cesse tout traitement et le mal disparaît spontanément, et parallèlement avec la menstruation. La guérison s'est maintenue. Pas d'antécédents nerveux.

Obs. II. — Janvier 1889. M<sup>me</sup> X., du Cher, 45 ans. Goitre exophtalmique survenu depuis deux mois. Métrite très ancienne avec ectropion cervical. Opération d'Emmet. Curettage. Grande amélioration. La malade ne suivit aucun traitement et conserva trois ans encore les symptômes du mal de Basedow. Avec la ménopause la guérison survint spontanément. Pas d'antécédents nerveux.

Obs. III. — Mars 1889. Malade de 50 ans. Goitre exophtalmique très accentué. Disparaît subitement à la suite d'une perte qui accompagna la dernière menstruation. *Hysteria minor*.

Obs. IV. — Mai 1889. 48 ans. Mal de Basedow. Menstruations irrégulières, mais très abondantes. Je prescrivis un traitement qui n'est pas suivi. La malade guérit néanmoins spontanément six mois après ses dernières règles. Mère hystérique.

Obs. V. — Novembre 1889. 52 ans. Goitre exophtalmique survenu au cours d'une émotion et remontant à 3 ans. Traitement ordinaire. Amélioration. Début et guérison au moment des dernières règles. Père aliéné.

Obs. VI. — Mai 1890. 45 ans. Goitre exophtalmique survenu après les dernières règles. Va en augmentant pendant six mois malgré le traitement. Hémorrhagies utérines. Guérison en quelques semaines. Pas d'antécédents.

Obs. VII. — Juillet 1890. 54 ans. Mal de Basedow depuis les dernières règles. Hémorrhagies. Ablation d'un petit polype muqueux. Guérison complète. Pas d'antécédents.

Obs. VIII. — Novembre 1890. 46 ans. Goître et tachycardie sans exophthalmie. Ces accidents disparaissent avec les dernières règles. Grands chagrins vers 40 ans ; mais pas d'antécédents nerveux.

Obs. IX. — Mars 1891. 50 ans. Tachycardie, légère exophthalmie. Ces accidents disparaissent avec les dernières règles. Pas d'antécédents.

Obs. X. — Novembre 1892. 48 ans. Goître exophthalmique coïncidant avec les premières irrégularités menstruelles de la ménopause. La maladie disparaît avec les dernières règles. Pourtant elle paraît avoir été influencée plus par la thérapeutique que par la disparition des règles. Pas d'antécédents.

Obs. XI. — Mars 1893. 50 ans. Maladie de Basedow remontant à trois mois. Dure six mois sans être influencée par le traitement. Guérison avec les dernières règles. Paysanne sans la moindre tare nerveuse.

Obs. XII. — Juin 1893. 46 ans. Mère aliénée. Chorée dans sa jeunesse. Maladie de Basedow depuis 2 ans. Guérit avec la disparition des règles ; mais déjà très améliorée par le traitement hydrothérapique.

Obs. XIII. — Novembre 1893. 44 ans. Mal de Basedow. Le début correspond aux premiers désordres menstruels de la ménopause. Je n'ai pas revu cette malade. N'avoue pas d'antécédents nerveux. Pourtant le fait avec réticence.

Obs. XIV. — Janvier 1894. 46 ans. Goître exophthalmique très accusé depuis six mois. Le traitement est suivi deux mois au delà des règles, et six mois après guérison presque complète. Il reste de l'exophthalmie encore aujourd'hui. Pas d'antécédents nerveux.

Obs. XV. — Janvier 1894. Goître exophthalmique chez une hystérique de 45 ans. Hydrothérapie. Amélioration. Retour du mal. Suppression des règles à 45 ans 1/2. Guérison. Pas d'antécédents nerveux.

Obs. XVI. — Mars 1894. 47 ans. Exophthalmie ; tachycardie ; pas de goître. Traitement. Disparition de la tachycardie. Suppression des règles après six mois de traitement. Guérison fonctionnelle. Les yeux restent un peu saillants. Pas d'antécédents nerveux.

Obs. XVII. — Mai 1894. Exophthalmie légère. 100 pulsations. Hémorrhagies. Traitement général. Guérison après six mois, coïn-



cidant avec la suppression menstruelle. Grands chagrins l'année précédente.

Obs. XVIII. — Juin 1894. Je constate chez une femme de 48 ans, belle-mère d'un confrère des environs de Paris que je n'ai plus revue, les symptômes d'un goître exophtalmique apparu sans antécédents nerveux, au moment de la ménopause.

Obs. XIX. — Août 1894. Femme de médecin, à l'âge de la ménopause. Goître exophtalmique. Traitement général très minutieusement institué. Injections iodurées. Grande amélioration. Il y a actuellement une légère rechute déterminée par des fatigues physiques et morales. Mais la guérison prochaine n'est pas douteuse.

Six autres malades, enfin, vues depuis septembre dernier, chez lesquelles je ne constate que des antécédents héréditaires et personnels sans importance, sont encore en observation.

Chez la plupart les accidents basedowiens sont peu accusés, mais néanmoins indiscutables. Chez toutes, la maladie générale est évidemment en rapport avec les désordres de la ménopause.

Ce qui porte à 25 le nombre actuel des observations du second groupe.

Une première vérité se dégage nettement de ces 43 observations.

Nos cas sont trop nombreux pour qu'il soit permis d'admettre de simples coïncidences. Il existe évidemment entre la maladie de Basedow et la pathologie utérine des relations extrêmement intimes.

Maintenant, le goître exophtalmique est-il cause ou effet dans le complexe pathologique dont nous venons d'exposer des types si nombreux ?

La réponse encore découle de la simple lecture des observations. Non seulement il nous a été le plus souvent facile de constater l'antériorité des lésions génitales ; mais dans la plupart des cas nous voyons les symptômes Basedowiens s'atténuer en même temps que guérissent les affections utérines. Et presque toujours ces symptômes évoluent en bien ou en mal parallèlement aux désordres de la matrice.

Est-ce à dire que tous les cas de goître exophtalmique sont sous la dépendance de maladies utérines ? Le soutenir serait absurde, puisque la maladie se rencontre chez l'homme.

De plus, une pareille corrélation n'aurait pu échapper à la sagacité des observateurs de l'Ecole de la Salpêtrière.

Par contre, si nous acceptons que le mal de Basedow peut survenir en dehors de tout état pathologique de l'utérus, que les lésions utérines peuvent exister à l'état de coïncidence, qu'elles peuvent même être consécutives au goître exophtalmique ; nous estimons qu'elles doivent toujours être recherchées ; et que, concomitantes simplement, ou consécutives, elles demandent à être traitées avec le plus grand soin, leur amélioration déterminant toujours une détente des symptômes de la névrose. Ne raisonne-t-on pas de semblable façon d'ailleurs chez les hystériques ?

On s'étonnera devant la multiplicité des cas qu'un seul observateur a pu relever au cours de sept années de clientèle que la relation n'ait pas été plus tôt mise en lumière, et que les gynécologistes aient négligé de relever les rapports cependant fréquents qui existent entre le goître exophtalmique et les états pathologiques de l'utérus. C'est que la maladie de Basedow ne se présente qu'exceptionnellement dans ses formes graves.

Les auteurs la définissent : un syndrome morbide caractérisé par un gonflement du corps thyroïde analogue au goître, une saillie prononcée des globes oculaires, et une exagération considérable des battements du cœur.

En réalité, il n'est que très rarement donné de constater le goître exophtalmique avec ces trois principaux symptômes. Il demande à être dépisté, découvert, et nous sommes, pour notre part, absolument convaincu que le clinicien, que le gynécologiste surtout, passe très fréquemment à côté de cas cependant indiscutables de mal de Basedow.

Ce n'est pas le lieu de reproduire les descriptions si magistrales de Stokes, de Graves, de Jaccoud, de Trousseau, et des élèves de la Salpêtrière.

Signalons seulement, comme particulièrement intéressants pour nous, les travaux de Trousseau et surtout de Marie, qui, beaucoup mieux que ses devanciers, a su montrer les formes frustes de la maladie.

C'est presque toujours sous une de ces formes frustes qu'il nous a été donné de découvrir le mal de Basedow chez nos

utérines ; on ne le rencontrera que très exceptionnellement à l'état complet dans les circonstances analogues.

Insistons sur les symptômes qui permettent alors de le diagnostiquer.

L'exophthalmie est presque constamment signalée dans nos observations ; mais il faut savoir que le plus souvent elle n'est que modérément accusée. Le regard est plus brillant ; les yeux plus humides présentent une fixité qui étonne, pour peu qu'on les observe avec insistance.

Les malades interrogées accusent une sensation de picotement, de plénitude des paupières ; mais le plus souvent elles n'ont pas remarqué elles-mêmes de projection du globe. Aussi, ne songent-elles nullement à nous signaler ce symptôme.

Le goître également est exceptionnel chez les basedowien-nes utérines. Les patientes, si on appelle leur attention de ce côté, observent bien une certaine constriction du cou ; mais le plus souvent elles n'ont pas eu à modifier les dimensions des cols de leurs habits.

Par contre, la tachycardie est pour ainsi dire constante. C'est le gros symptôme du goître exophthalmique des utérines. On peut relever 130, 140, voire même 160 pulsations à la minute chez des femmes qui ont cependant conservé leur vigueur et présentent même une activité exagérée, véritablement malade.

De même l'impressionnabilité nerveuse, l'insomnie, l'agitation continuelle sont caractéristiques. Ces malades ne dorment pas. Leur lit est défait, leurs vêtements mêmes sont froissés, déchirés par suite de la brusquerie et de la continuité de leurs mouvements.

Agitées également au point de vue moral, elles passent dans la conversation d'un sujet à un autre, de la joie à la tristesse, avec une mobilité qui déconcerte. Nous devons ajouter qu'un certain nombre cependant demeurent très calmes et absolument judicieuses, ce qui ne saurait nous étonner dans cette forme du mal Basedowien, puisqu'il n'y a le plus souvent pas d'antécédents nerveux héréditaires ou autres.

Nous avons relevé ordinairement une exagération de l'appétit et surtout de la soif. Dans ces derniers cas cependant les urines étaient normales.

Trois fois nous avons observé de l'œdème de la région sus-claviculaire.

Enfin, un autre symptôme à peine signalé dans les auteurs qui se sont occupés du mal de Basedow en général, ne nous a jamais fait défaut : c'est l'amaigrissement qui est parfois considérable et qui survient toujours très rapidement.

Nous considérons même cet amaigrissement comme le meilleur élément de pronostic dans les cas qui nous occupent. Une femme qui engraisse, et le plus souvent elle le fait avec une rapidité étonnante, est une femme qui guérit.

En résumé, la tachycardie, l'amaigrissement, l'agitation, l'insomnie, sont les symptômes qu'il nous a été donné le plus souvent d'observer.

On comprend très bien que peu accusés ils puissent donner le change et faire méconnaître une affection intercurrente et passagère, surtout si l'on en supprime la cause en soignant l'utérus malade.

Mais que le médecin appelé à constater ces symptômes pousse un peu son investigation, et il trouvera le plus souvent du côté de la thyroïde et des globes oculaires des désordres légers, mais suffisants, pour lui permettre d'établir le vrai diagnostic (1).

Bien des théories ont été émises pour expliquer la maladie de Basedow. La question est trop complexe, trop spéciale, et surtout encore trop discutée pour que nous nous permettions d'essayer de la trancher.

Il semble, d'ailleurs, quand on parcourt les publications des physiologistes sur le sujet, quand on médite les arguments apportés à l'appui des différentes théories que la pathogénie du goitre doit être diverse.

Cependant, sans méconnaître l'importance des travaux présentés à l'appui des théories mécaniques, cardiaques, pneumogastriques, et surtout de la théorie bulbo-protubérantielle, nous avouons que la vieille théorie de Trousseau, celle d'une

(1) On pourrait nous accuser d'avoir vu souvent des cas de goitre exophtalmique alors que la malade ne présentait que des troubles nerveux sans importance. Notre réponse sera catégorique. Nous avons soumis la plupart des faits douteux au professeur Potain, qui a toujours confirmé notre diagnostic de mal de Basedow à forme fruste.

névrose du grand sympathique, avec ou sans altération matérielle du système nerveux ganglionnaire, nous paraît répondre bien mieux à la majorité de nos cas.

Cette névrose, consécutive, dans l'espèce, à des désordres génitaux, nous explique à la fois et la fréquence du mal et sa bénignité.

Elle nous donne surtout la clef des cas nombreux relevés par nous au moment de la ménopause, c'est-à-dire à cette période de la vie où les désordres splanchniques sont si nombreux et si variés.

Aussi, pour notre part, ne serions-nous pas éloigné de faire de la ménopause une véritable maladie du grand sympathique, et d'attribuer à la perturbation fonctionnelle du système nerveux ganglionnaire, le principal rôle dans la détermination des désordres organiques qui s'observent à cette crise de la vie génitale féminine.

Hâtons-nous d'ajouter qu'il n'y a là qu'une hypothèse sur laquelle nous ne saurions quant à présent insister, mais que nous espérons élucider par des recherches et des travaux ultérieurs.

Revenons aux observations positivement cliniques qui font l'objet de cette communication :

Nous voyons par notre statistique que les cas de mort sont exceptionnels. Nous sommes loin en effet de la proportion de 25 pour 100 donnée par Charcot comme chiffre de la mortalité.

Aussi croyons-nous pouvoir affirmer, malgré le fait malheureux de l'Obs. VIII, que le pronostic du mal basedowien d'origine utérine est très bénin et se confond avec le pronostic de l'affection génitale.

De même, pour le traitement, nous arrivons à des conclusions quelque peu différentes des opinions réputées classiques.

Et d'abord, doit-on soigner la maladie de Basedow elle-même ?

Assurément, surtout au moment de la ménopause ; mais on doit aussi, et principalement, soigner la lésion utérine qui lui a donné naissance.

De celle-ci nous ne dirons rien.

Si l'utérus arrivé à la période de la ménopause ne présente pas de lésions appréciables, ce que nous avons constaté assez souvent dans notre second groupe d'observations, on prescrira cependant des injections iodurées.

Nous nous servons, quant à nous, de la formule suivante :

Pour un litre d'eau une cuillerée à café de

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| Iodure de potassium..... | 10 grammes.       |
| Teinture d'iode.....     | } aa 100 grammes. |
| Eau distillée.....       |                   |

Quant au traitement général, il doit comprendre trois éléments principaux :

L'électricité,  
L'hydrothérapie,  
Les iodures.

Les courants continus peu intenses, appliqués tous les deux jours, le long de la colonne vertébrale, donnent les meilleurs résultats.

Egalement l'hydrothérapie fait toujours merveille dans le cas de goître exophthalmique d'origine utérine. Nous ne craignons pas de la conseiller, même avec des palpitations très fréquentes et en plein hiver, malgré les craintes manifestées par tous les auteurs. Nous avons si constamment observé son efficacité, les malades la comprennent si vite et si bien que nous n'hésitons plus depuis longtemps à procéder de la sorte.

De même nous conseillons l'iodure de sodium, contrairement à l'opinion de G. Sée, estimant qu'il améliore non seulement la tachycardie, mais aussi les autres symptômes du mal de Basedow.

D'ailleurs, nous ajoutons toujours un peu d'arséniate de soude à la solution pour éviter l'action désagréable du médicament principal sur les muqueuses.

L'ergotine, le quinquina, peut-être les glycéro-phosphates dont nous n'avons cependant encore, dans l'espèce, qu'une expérience limitée, auront également leurs indications sur lesquelles il n'est pas besoin d'insister. Les frictions sèches,

la vie en plein air, un grand calme moral seront enfin conseillés avec le plus grand succès.

*Conclusions.* — Des observations et des considérations que nous venons de développer se dégagent nettement, ce semble, les conclusions suivantes :

1° La maladie de Basedow présente avec la ménopause et les états pathologiques de l'utérus les rapports les plus intimes.

2° Dans ces rapports on doit admettre que le goître exophtalmique est la conséquence et non la cause des troubles de la matrice.

3° Cette vérité que démontre d'ailleurs le moment d'apparition des phénomènes morbides, est rendue plus évidente encore par ce fait clinique que l'amélioration de l'utérus est immédiatement suivie de l'amélioration, voire même de la guérison du mal de Basedow.

4° Le rapport du goître et de la ménopause, et la connaissance des formes frustes de la maladie de Basedow, permettent de comprendre et d'expliquer la plupart des phénomènes pathologiques du retour d'âge.

5° Des conclusions thérapeutiques imprévues et de la plus grande importance découlent naturellement de la connaissance de ces phénomènes cliniques.

#### **Discussion :**

M. DUMONT-PALLIER. — M. Jouin a-t-il constaté une émotion morale comme cause déterminante du goître exophtalmique ?

M. JOUIN. — Quelquefois ; pas toujours.

M. DUMONT-PALLIER. — J'ai vu survenir un goître exophtalmique chez une dame qui avait vu quelques jours avant son enfant tomber de cheval ; chez une autre qui avait surpris son mari en flagrant délit d'adultère. Depuis, chaque fois que je me suis trouvé en présence d'un goître exophtalmique, j'ai interrogé la malade et toujours j'ai trouvé une émotion morale comme cause déterminante.

M. PICHEVIN. — Vos quarante-trois cas sont-ils personnels ?

M. JOUIN. — Oui, je les ai recueillis en huit ans.

M. PETIT. — Quelle a été l'influence de la ménopause ?

M. JOUIN. — Le goître exophtalmique apparaissait très souvent au moment de la ménopause pour disparaître lors de la suppression des règles.

M. E. APERT : **Dystocie par ascite du fœtus ; fœtus présentant le siège ; ponction de l'abdomen ; — syphilis, malformations multiples du fœtus. —**  
(Observation du service de M. Budin à la Maternité.)

La femme G... s'est présentée à la Maternité le 12 janvier 1895, à 5 heures du soir ; elle est primipare ; ses dernières règles datent du 15 au 20 juin 1894 ; elle est donc parvenue au terme de 7 mois à peine.

*Grossesse.* — La grossesse s'est passée normalement, sauf une abondante hémorrhagie le 25 août au terme de 2 mois ; cette hémorrhagie a duré trois jours.

Vers le 5<sup>e</sup> mois de la grossesse, la malade est devenue aphone et a perdu une grande quantité de cheveux ; elle était donc très vraisemblablement à ce moment en période secondaire de syphilis ; on ne retrouve cependant pas l'accident initial dans les commémoratifs. La malade avoue seulement avoir eu, dans les mois qui ont précédé la grossesse, des pertes jaunâtres très abondantes probablement de nature blennorrhagique.

*Examen.* — Le 11 janvier, au terme de 7 mois, elle a commencé à avoir des douleurs et le lendemain à 5 heures du soir elle se présente à la Maternité. Son utérus est développé comme pour une grossesse à terme, il remonte jusqu'à la région épigastrique ; la tension des parois est très grande. Au fond de l'utérus et à droite, on sent une tête qui ballotte ; on sent le dos orienté à gauche et, inférieurement, on sent une partie volumineuse et molle se présentant au détroit supérieur.

Les bruits du cœur s'entendent à gauche.



Au toucher on trouve une dilatation comme 1 fr., une poche d'eau très tendue et à travers les membranes deux pieds fuyant sous le doigt.

*Diagnostic* : Siège en S. I. G. A. ; hydramnios.

A 11 heures du soir la poche d'eaux se rompt spontanément ; il s'écoule une grande quantité de liquide ; les deux pieds et un paquet de cordon descendent dans le vagin ; les battements du cordon cessent presque aussitôt et en auscultant on ne trouve plus les bruits du cœur fœtal. Le col, à ce moment, est dilaté comme une paume de main ; on fait pousser la femme ; on opère des tractions sur les pieds du fœtus ; néanmoins le siège ne descend pas, on se rend compte que quelque chose le retient au niveau du détroit supérieur.

*Opération.* — On laisse alors la dilatation se compléter et on attend. A 10 heures du matin, la dilatation étant complète, la parturiente est endormie ; M. Budin procède à l'examen sous le chloroforme. En introduisant la main dans l'utérus, il se rend compte qu'il existe à la région abdominale du fœtus une grosse tumeur fluctuante qui ne peut être qu'une accumulation de liquide, soit dans le péritoine, soit dans la vessie.

Les pieds ayant été fixés avec des lacs, M. Budin introduit un trocart dans le vagin, et, le guidant sur les doigts de la main gauche, il perfore l'hypogastre du fœtus. Il s'écoule un liquide de couleur jaune safran ; on en recueille 840 grammes.

Après la ponction, l'extraction du tronc se fait avec une grande facilité, mais la tête est retenue à la vulve ; au niveau du cou les tissus sont friables et commencent à se déchirer. M. Budin veut faire la manœuvre de Mauriceau, mais à la place de la bouche il rencontre une dépression dans laquelle le doigt ne pénètre pas, et le maxillaire inférieur ne se laisse pas abaisser. Afin d'éviter de détacher complètement le cou, M. Budin fait faire de l'expression sur l'utérus ; grâce à cette manœuvre, la tête est amenée au dehors.

*Aspect extérieur du fœtus.* — On peut alors examiner le fœtus, et on voit qu'il a un aspect très bizarre. Les parois abdominales, flasques, retombent et s'étalent de chaque côté, le thorax est évasé en bas et très rétréci en haut ; mais les malformations

portent surtout sur la tête. Elle est aplatie dans le sens antéro-postérieur, la circonférence passant par les bosses pariétales est de 26 centimètres. Le crâne est mou, les os sont très mobiles, et on sent de la crépitation osseuse.

La face présente une conformation bizarre ; les sourcils et les fentes palpébrales sont obliques de bas en haut et de dedans en dehors ; les yeux sont tout petits ; le nez forme une toute petite saillie, avec deux très petits orifices circulaires représentant les narines. Il n'y a pas trace d'ailes du nez, ni de sillon naso-génien. La bouche est représentée par un petit orifice triangulaire à sommet supérieur, les deux moitiés de la lèvre supérieure sont obliques de bas en haut et de dehors en dedans et se rejoignent sous le nez presque à angle droit. La lèvre inférieure présente une dépression à l'union de ses  $\frac{2}{3}$  droits avec son  $\frac{1}{3}$  gauche, et dans le fond de cette dépression, une cicatrice linéaire. La saillie du menton est à peine marquée.

Les oreilles sont représentées à droite par une petite languette dentelée sur son bord et entourant l'orifice très petit du conduit auditif externe ; cette languette est molle, dentelée comme une crête de coq, et non cartilagineuse ; à gauche l'oreille est représentée seulement par son lobule appendu inférieurement à l'orifice auditif externe.

Les membres sont petits, surtout les membres inférieurs. La verge est petite, gonflée ainsi que le scrotum, par l'œdème séro-sanguin qui envahit aussi l'hypogastre ; on ne sent pas de testicules dans le scrotum. L'anüs est normal.

Le fœtus pèse 1950 grammes ; sa longueur totale est de 45 c. m., (25 du sommet de la tête à l'ombilic, 20 de l'ombilic à la plante des pieds). Le diamètre transversal de l'abdomen, regonflé avec de l'eau pour lui rendre son volume primitif, est de 17 centimètres (50 centimètres de circonférence).

AUTOPSIE DU FŒTUS. — *Abdomen*. — A l'ouverture du ventre, on tombe dans une vaste poche formée par la cavité péritonéale ; les organes intra-abdominaux sont refoulés sur la paroi postérieure. L'*intestin grêle* forme au centre de la poche un petit peloton de la grosseur d'une noix ; le *cæcum* et son appendice sont à droite et en haut de ce peloton, en contact d'une part avec la face inférieure du foie, d'autre part avec la capsule surrénale

droite. L'intestin grêle, le cœcum et le côlon sont vides de méconium et leur calibre est tout petit ; le *rectum* est au contraire gonflé et plein de méconium.

Le *foie*, la *rate*, les *reins*, les *capsules surrénales* n'ont rien de particulier.

Le *testicule droit* s'engage dans le canal inguinal. Le *testicule gauche* n'est pas encore engagé ; il est adhérent au côté interne d'une *poche kystique* plusieurs fois grosse comme lui. Cette poche est pédiculée, et le pédicule se prolonge jusqu'à l'orifice du canal inguinal du même côté.

Le *péritoine* est blanchâtre et uniformément épaissi ; il n'y a pas de fausses membranes ; il n'existe de suffusions sanguines sous-péritonéales qu'à l'hypogastre, au point correspondant à la bosse sérosanguine.

*Thorax.* — A l'ouverture du thorax, les *poumons* apparaissent énormes, blancs, gardant l'empreinte des côtes à leur partie supérieure. Ils ont tous les caractères de la pneumonie blanche syphilitique.

Le *cœur* est petit, mais normal.

Le *thymus* n'est pas plus gros qu'un haricot.

*Tête.* — Les *os du crâne* sont épais et spongieux ; le pariétal gauche présente une perte de substance à son angle supérieur et antérieur, et des fissures qui le divisent en trois fragments.

Les articulations du *maxillaire inférieur* sont ankylosées ; le maxillaire inférieur est soudé au crâne, ce qui explique que le doigt n'ait pas pu être introduit dans la bouche.

*Placenta.* — Le placenta pesait 800 grammes, il était œdématié avec des cotylédons blanchâtres.

La *sérosité péritonéale* a été analysée par M. Michel, interne en pharmacie du service. Voici le résultat de cette analyse :

Liquide transparent de couleur jaune safran ; neutre au tournesol ; densité 1.010.

Au point de vue chimique il contient les éléments suivants :

|                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| Albumine ordinaire (sérine). | } en tout 19 gr. 60 par litre. |
| Mucine.....                  |                                |
| Fibrine.....                 |                                |
| Urée.....                    |                                |
| Des chlorures.               | moins de 1 g ram. par litre.   |

Des sulfates..... } en très petite quantité.  
Des phosphates..... }

Une matière réduisant la liqueur de Fehling, même après défécation par l'acétate de plomb (matière sucrée ?).

Une matière colorante présentant les caractères suivants : soluble dans le chloroforme qu'elle teint en jaune ; virant au vert par les acides. Lorsqu'on chauffe le liquide à examiner, le pigment est entraîné par le coagulum albumineux, mais seulement en présence d'acide acétique, ce qui prouve que, dans le coagulum, le pigment est fixé sur la mucine. L'acide nitrique nitreux donne avec le liquide à examiner un des anneaux (vert) de la réaction de Gmelin, ce qui pourrait faire croire que cette matière colorante jaune est un pigment biliaire ; mais d'autres réactions et un examen spectroscopique indiquent l'absence des éléments de la bile. Il s'agit donc d'une matière colorante de nature spéciale.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter pour plusieurs raisons.

D'abord, les cas d'ascite intra-utérine sont rares. Le travail le plus récent sur ce sujet, celui de *Fordyce* (*Teratologia*, oct. 1894), n'en réunit pas plus de 63 cas, en éliminant, il est vrai, ceux où l'ascite a semblé être un phénomène cadavérique, postérieur à la mort du fœtus.

Ensuite, dans les différents travaux sur l'ascite intra-utérine nous n'avons trouvé aucun cas où l'ascite coïncidât avec une malformation aussi bizarre de la tête (*Trenel*, th. Paris, 1887 ; *Robert*, th. Strasbourg, 1870 ; *Van Gelder*, th. Paris, 1879 ; *Poirier de Narcay*, th. Paris, 1884 ; *Porak*, Archives de Tocologie 1885 ; *Angleby*, thèse de Paris, 1887). Dans deux cas seulement l'ascite s'est accompagné de malformations de la face : dans l'un (*Trenel* 1837), il s'agissait d'« un bec-de-lièvre qui se continuait en arrière avec écartement des os maxillaires et palatins » ; dans le second (*Herpin* 1832), il existait « un bec-de-lièvre considérable ».

Notre cas confirme, en outre, ce fait bien connu que la syphilis est la cause la plus habituelle de l'ascite du fœtus, vraisemblablement par l'intermédiaire de lésions du foie ou du

péritoine. On retrouve la syphilis dans la majorité des cas d'ascite ; on pourrait dire dans la presque totalité des cas, si on met à part les faits où l'ascite est survenue comme complication d'une rétention d'urine par malformation des voies urinaires.

Il nous semble aussi que c'est à la syphilis qu'il faut attribuer, dans notre cas, les malformations céphaliques, lesquelles ne rentrent pas dans les types tératologiques classés, mais paraissent le résultat de lésions destructives comme le prouve la fragmentation du pariétal gauche, et la cicatrice de la lèvre inférieure.

#### Discussion :

M. PORAK. — A quoi attribuez-vous l'origine de l'ascite. Dans un cas que j'ai publié, j'ai trouvé des lésions de péritoine très nettes et j'ai soutenu que l'ascite était d'origine inflammatoire. Vous dites, qu'ici, il n'y avait pas de modification du péritoine ?

M. APERT. — Le péritoine était épaissi, mais il n'était pas enflammé ; le liquide ne contenait pas de flocons.

M. PORAK. — Néanmoins le péritoine vous a paru plus blanc et plus épais que d'habitude, l'intestin grêle, d'un calibre très rétréci, est aggloméré et ramassé en une masse de petit volume, il n'est pas distendu par le méconium, comme on l'observe habituellement. Il semble exister dans cet organe des altérations que l'examen microscopique aurait pu déceler.

Cette investigation donnerait probablement l'explication de la pathogénie de l'ascite congénitale dans ce cas. Ni la gêne de la circulation, ni la dyscrasie sanguine ne peuvent fournir d'hypothèse plausible pour expliquer la production de cette affection.

M. BUDIN. — Cette observation viendrait peut-être à l'appui des idées de Caubet qui attribue à la syphilis un certain nombre de monstruosité.

La séance est levée à 6 heures 1/4.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du Jeudi 9 Mai 1895.*

Présidence de M. RICHBLOT.

*Sommaire.* — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.*Correspondance imprimée.* — Journaux français et étrangers. — M. NEUGEBAUER, membre correspondant, envoie deux mémoires ayant pour titre : 1° *Sprawozoanitz und Najnowsze Kazuistik* ; — 2° *Die heutige Statistik der Geburten bei Beckenverengerung in Folge von Rückgratkyphose.* — V. LAURO, membre correspondant, envoie deux mémoires intitulés : 1° *Ematocele retrouteria* ; — 2° *Enorme mio-fibroma peritoneale.**Correspondance manuscrite à propos du procès-verbal de la dernière séance :* M. Nitot : sur un cas d'hystérectomie abdominale totale pour fibrome.*Candidature.* — Lettre de candidature de M. LOP, de Marseille, au titre de correspondant national. (BONNET, PICHEVIN, rapporteur.)*Présentation :* M. DÉVÉ : Un cas de rétention d'urine chez le fœtus. — *Discussion :* MM. PORAK et FOURNEL. — MM. SOULIGOUX et PAQUY : Examen anatomique d'une tête de monstre nosencéphale. — *Discussion :* MM. DUMONT-PALLIER et BUDIN :*Ordre du jour :* Suite de la discussion sur la thérapeutique intra-utérine : MM. PICHEVIN, CHARPENTIER, NITOT, FOURNEL, LABUSQUIÈRE. — M. NARICH (de Smyrne) : Un cas d'évolution artificielle très difficile dans un utérus à cloison. Dans les cas d'évolution artificielle très difficile un instrument spécial est-il nécessaire pour saisir le pied et tirer méthodiquement ? — M. SIGUIER : Maladie de Basedow débutant dans le cours d'une grossesse chez une primipare.

A propos du procès-verbal de la dernière séance, M. RICHELLOT donne lecture de la lettre suivante que lui a adressée M. NITOT :

Mon cher Maître,

Après vous avoir vu faire si brillamment votre opération d'hystérectomie abdominale totale à laquelle vous m'avez permis d'assister rue Borghèse, j'ai moi-même opéré une de mes clientes par le même procédé.

J'ai eu quelques difficultés, au moment de l'ouverture du cul-de-sac antérieur, qui ont tenu à l'extrême minceur du col utérin qui n'était pas plus gros que le petit doigt.

Je suis heureux de vous dire que votre procédé m'a parfaitement réussi et que ma malade est en pleine voie de guérison sans m'avoir donné la moindre inquiétude au sujet des suites opératoires.

J'ai dû faire au début de l'opération sans hémostase préalable et avant d'ouvrir le cul-de-sac vaginal facilement et sans hémorrhagie, l'énucléation d'un gros fibrome qui m'empêchait d'amener la masse au dehors (1).

Agrez l'hommage de mes sentiments respectueux et dévoués.

6 mai 95.

D<sup>r</sup> NITOT.

#### M. DÉVÉ (Félix) : **Rétention d'urine chez un fœtus.**

OBSERVATION. — Augustine C..., 34 ans, laitière, Vilpare, est entrée dans le service de M. le D<sup>r</sup> Porak à la Charité, le 28 mars 1895, à 10 heures du soir.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires de la parturiente.

Elle ne se souvient pas d'avoir jamais été malade.

Elle a eu ses premières règles à 16 ans et a été constamment bien réglée depuis.

Elle présente depuis deux ans une éruption aux coudes, aux genoux, au front et dans les cheveux. On a posé à l'hôpital Saint-Louis le diagnostic de psoriasis et on lui a donné comme traitement, bains d'amidon, arsenic, etc. Cependant, on a ordonné d'autre part à la malade des pilules et de l'iodure de potassium. Pas de signes de spécificité ; elle n'a pas perdu ses cheveux ; elle n'a ni maux de tête, ni maux de gorge.

Elle s'est mariée en 1886. Son mari, très vigoureux, n'a jamais été malade.

La parturiente a eu 6 grossesses antérieures ; elle a fait un ac-

(1) Il s'agissait d'un fibrome relativement petit, mais que j'avais jugé inopérable par la voie vaginale à cause de l'étroitesse du vagin et de la minceur excessive du col utérin, qui était du reste dévié et tout à fait inaccessible.

couchement prématuré à 6 mois 1/2, enfant mort. Un second accouchement s'est fait par le siège ; les autres ont été normaux. Les enfants étaient forts et bien portants : un pesait à sa naissance 4 k. 600 et un autre 4 k. 700.

*Grossesse actuelle.* — Cette grossesse est la 7<sup>e</sup>. La parturiente a eu ses dernières règles à la fin du mois d'août 1894. Pas d'accidents pendant les premiers mois, au 3<sup>e</sup> mois, le ventre est normalement développé.

La malade quitte son corset au 4<sup>e</sup> mois, et brusquement, à partir de ce moment, son ventre grossit.

En huit jours, dit-elle, « elle est devenue énorme ».

En même temps, elle commence à souffrir d'un point de côté dans le flanc droit. Néanmoins, ce n'est que vers 5 mois 1/2 de grossesse qu'elle fait venir un médecin pour son point de côté persistant.

Comme à cette époque elle n'avait pas encore senti remuer et qu'elle s'en étonnait, elle demande si son enfant est vivant. Le médecin ne put se prononcer ; n'ayant pas apporté de stéthoscope, il ausculta directement l'abdomen, mais n'entendit pas de battements fœtaux. Quelques jours après cette visite, la malade sentit nettement remuer son enfant, mais très doucement, dit-elle, et ces mouvements n'étaient pas comparables à ceux de ses autres enfants. La malade croit avoir senti remuer encore une fois ou deux dans le reste de la grossesse.

Son ventre continue d'augmenter progressivement.

Mais la parturiente est plus fatiguée qu'à ses grossesses précédentes ; les derniers temps même, elle est presque toujours couchée, alors qu'à ses grossesses antérieures elle restait debout jusqu'à la dernière heure.

Au reste, pas d'œdème des jambes, pas de varices.

Rien d'autre à signaler jusqu'au 15 mars. Ce jour-là, elle perd pour la première fois, de l'eau en assez grande abondance et à partir de cette époque, chaque jour elle perd une quantité variable d'un liquide tachant le linge et l'empesant légèrement — quelquefois une ou deux cuillerées, d'autres fois la valeur d'un verre — une nuit même, elle fut si mouillée qu'elle fut obligée de se lever. D'ailleurs, ne ressentant pas de douleurs, elle ne consulta pas de sage-femme.

Le 28 mars, vers 5 h. du matin, elle commence à ressentir de



petites douleurs, sourdes d'abord, qui augmentent bientôt d'intensité et sont assez vives à 9 h. pour la décider à aller chez une sage-femme.

Elle arrive chez la sage-femme à 10 h. 1/2 du matin.

La dilatation est assez avancée et peu de temps après son arrivée les membranes se rompent : la sage-femme estime à plus de 2 litres la quantité de liquide perdue à ce moment. On n'entend pas les bruits fœtaux. A midi la dilatation est à peu près complète, les douleurs sont fortes et rapprochées. A 3 h. 1/2 la tête apparaît à la vulve accompagnée d'une main et du cordon dans lequel on ne perçoit pas de battement. On fait sur la tête des tractions qui n'aboutissent qu'à son arrachement sans avoir réussi à engager le tronc ; de même, on arrache successivement les 2 bras en faisant des tractions. On envoie chercher un médecin qui essaye, sans y parvenir, de faire la version et qui envoie la femme à l'hôpital.

La malade entre dans le service d'accouchement de la Charité le 28 mars, à 10 h. du soir. A son entrée, l'examen permet de constater que le cou est engagé dans l'orifice utérin dilaté comme une paume de main. L'utérus remonte à l'appendice xiphoïde. Par le palper, il est impossible de rien sentir sauf une tuméfaction rénitente. Les contractions sont faibles. La température est de 37°2, on bourre le vagin de gaze iodoformée et on laisse la femme tranquille pendant la nuit.

Le lendemain matin, température 37°6. On introduit la main dans l'utérus, on sent à gauche une tumeur liquide qu'on ponctionne. Il s'en échappe 4 litres de liquide jaune clair. L'évacuation terminée, le fœtus est extrait sans difficulté.

Délivrance naturelle 15 minutes après. Placenta normal, membranes complètes.

Les suites de couches ont été normales.

EXAMEN DU FŒTUS. — (Cet examen a été fait dans le pavillon de M. Souligoux, prosecteur de la Faculté et sous son contrôle).

Le fœtus, du sexe masculin, ne présente aucuns signes de macération. Les différentes parties réunies pèsent, après évacuation de la vessie, 1080 grammes. Sa longueur totale est de 35 centimètres.

Ce qui frappe au premier examen, c'est l'aplatissement de ces différentes parties : tête, membres, cordon. Mais la vessie, une

fois remplie, le fœtus prend la forme d'une sphère volumineuse qui cache les membres ; tête et membres viennent se mouler sur la convexité de cette sphère et on a immédiatement l'explication de leur aplatissement.

Nous allons examiner successivement les différentes portions et les différents viscères du fœtus.

La tête a été arrachée du tronc entre la 5<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup> vertèbre cervicales, et avec elle, la moelle dans ses enveloppes. Elle est aplatie de droite à gauche et un peu de bas en haut, ce qui fait que la face est déviée en bas et à gauche et que l'oreille gauche est plus basse que la droite. Sa face droite, qui répondait évidemment à la tumeur, n'est pas seulement plane, elle est nettement concave, tandis que la face gauche qui répondait à l'utérus est convexe. Enfin, elle présente sur son sommet une bosse séro-sanguine flasque. Ses diamètres sont :

|                                |      |
|--------------------------------|------|
| Occipito-frontal.....          | 9.2  |
| Occipito-mentonnier.....       | 10.4 |
| Bi pariétal.....               | 5.3  |
| Bi temporal.....               | 4.4  |
| Sous occipito-bregmatique..... | 8.2  |
| Sous occipito-frontal.....     | 9    |

En incisant le cuir chevelu, on trouve une infiltration séro-sanguine très développée. Le cerveau est normal ; la moelle également.

Les deux membres supérieurs ont été détachés du tronc avec leur omoplate. Les clavicules ont été fracturées ou plus exactement arrachées à l'union de leur épiphyse externe avec leur diaphyse. Les membres supérieurs ne semblent pas aussi aplatis que les inférieurs. Cette particularité peut être due, soit à une bosse séro-sanguine développée sur ces membres en même temps que sur la tête, soit aux tractions dont ils ont été les instruments, soit enfin à la présence de la quantité de liquide, considérable au dire de la sage-femme, qui était contenue dans la poche des eaux. Mais à propos de cette dernière hypothèse, il est permis de douter que l'aplatissement du crâne eût été porté à un tel point si la quantité de liquide amniotique avait été aussi considérable (plus de 2 litres).

Les membres inférieurs sont situés dans l'abduction et la rota-

tion complète en dehors ; la jambe est légèrement fléchie sur la cuisse ; quant au pied, il est à angle droit sur la jambe. Ces membres présentent un aplatissement très marqué. Leur épaisseur moyenne est de 7 à 8 millimètres ; elle est réduite à 5 millimètres au niveau des pieds. Les extrémités inférieures des fémurs qui ne se sont pas laissés déprimer font saillie sous la peau ; le membre mesure à ce niveau 13 millimètres d'épaisseur.

Les pieds présentent la déformation typique du pied bot varus : la plante du pied est dans le même plan que la face interne de la jambe, c'est-à-dire qu'elle est tournée directement en avant. Le bord interne du pied est supérieur, l'externe est inférieur, et l'un et l'autre sont exactement dans l'axe du membre.

La dissection du cou-de-pied a montré tout d'abord que la malléole externe était repoussée en arrière ; elle a montré en outre que l'astragale était déformé : l'axe de la tête est fortement porté en dedans et forme avec l'axe de la poulie astragalienne un angle de 42° environ. La lèvre externe de la poulie astragalienne est notablement plus élevée que l'interne. L'astragale de plus semble luxée en avant ; sa facette articulaire externe n'est en rapport qu'à sa partie postérieure avec la facette articulaire du péroné, cet os étant, comme nous l'avons vu, refoulé en arrière. Les autres os du tarse ont subi des déviations moins importantes : le calcaneum ne présente pas de grandes déformations ; le grand axe de la surface articulaire postérieure du scaphoïde est dirigé à peu près verticalement. Quant au cuboïde, il est augmenté de volume et présente une surface articulaire en rapport avec la tête de l'astragale. Les os du métatarse sont normaux.

Le cordon ombilical qui mesure environ 60 centimètres de longueur est aplati comme les autres organes. Au niveau de son insertion à l'ombilic il se divise nettement en deux portions : une portion descendante formée par l'ouraque et les artères ombilicales pénètrent rapidement dans l'abdomen, tandis que l'autre portion, formée par la veine ombilicale, se porte en haut en décrivant dans l'épaisseur de la paroi abdominale une anse à concavité dirigée à droite.

En incisant la paroi abdominale, on remarque que les muscles

de l'abdomen sont réduits à l'état d'une membrane mince doublant la peau. Le diaphragme est également aminci. La paroi abdominale ne présente pas d'œdème et mesure 3mm.

Pour rendre plus facile l'examen du fœtus on lui a injecté au suif les artères par l'aorte et le tube digestif par l'œsophage.

Le thorax comprimé par la tumeur abdominale contient des poumons et un thymus sains. Le cœur, dans son péricarde qui contenait un peu de liquide, paraît augmenté de volume : il est aplati de bas en haut suivant ses deux faces.

En ouvrant la cavité péritonéale on remarque que la séreuse présente son aspect normal. Il a été impossible de constater au moment de l'accouchement si elle contenait du liquide dans sa cavité, puisque tout l'abdomen avait été vidé par la ponction ; mais à considérer l'aplatissement des organes contenus dans la cavité abdominale, l'aplatissement du foie en particulier, il semble probable qu'il n'y avait pas d'ascite ou du moins une quantité minime de liquide.

Le foie en effet est considérablement aplati : il mesure à peine 4 millimètres d'épaisseur et se trouve appliqué contre la concavité du diaphragme. La rate et le pancréas, ne présentent rien de particulier. L'estomac est allongé transversalement. L'intestin grêle, refoulé contre la colonne vertébrale, a son volume normal et ne présente pas de particularités. Le cœcum est normal ainsi que les premières portions du gros intestin. Mais en suivant le colon descendant, on remarque que le méconium qui remplit le reste du colon s'arrête brusquement, et on s'aperçoit que le gros intestin vient se terminer sur la face antérieure de la vessie. Le mésentère accompagne l'intestin, et les vaisseaux qu'il contient viennent s'anastomoser avec le riche réseau vasculaire qui parcourt la surface de l'organe hypertrophié. Le fœtus n'a donc pas de rectum ; il ne présente d'ailleurs pas d'anus. Peut-être cependant trouve-t-on l'indication de l'anus dans un sillon vertical peu profond situé à la partie inférieure de la région sacrée.

Du côté de l'appareil génital, on trouve les testicules arrêtés au milieu de leur migration. Ils sont situés sur les parties latérales de la vessie exactement au niveau de l'orifice vésical des uretères. Les canaux déférents, sinueux, se dirigent en dedans et en haut et se perdent sur la surface vésicale. Les organes génitaux

externes, scrotum, corps caverneux, gland, prépuce, sont bien développés.

Nous arrivons aux modifications les plus intéressantes : ce sont celles de l'appareil urinaire.

Les reins sont aplatis d'avant en arrière, de leur hile vers leur convexité ; le hile complètement effacé regarde directement en avant. Le rein droit mesure 42 mm. de long, 30 mm. de large, 9 mm. d'épaisseur. Le gauche 40 mm. de long, 29 mm. de large, 7 mm. d'épaisseur. Ces organes ne semblent pas avoir subi d'altération dans leur structure. Ils sont coiffés de leurs capsules surrénales qui paraissent également normales. Le bassinet droit examiné après injection d'eau dans l'uretère, est à peu près sphérique et mesure 18 mm. de diamètre. Il est continué par un uretère ayant 8 centimètres de longueur et ayant un diamètre de 4 mm. dans presque toute son étendue. Un peu au dessus de son abouchement dans la vessie, il présente une dilatation assez brusque au niveau de laquelle il mesure 14 mm. Le bassinet du rein gauche a une forme ovoïde à grand axe vertical et mesure 20 mm. sur 12 mm. Il se continue avec un uretère qui, au lieu de 8 centimètres de longueur (comme le droit), en mesure 13 et qui, large de 8 mm. près du rein (au lieu de 4), devient rapidement large de 14, puis de 20 millimètres, à 3 centimètres au-dessus de son orifice inférieur.

Nous en arrivons à l'organe cause de la dystocie, cause de l'aplatissement des différents viscères ; la vessie. Après avoir rempli sa cavité avec un entonnoir placé dans l'orifice du trocart et placé une pince sur cet orifice, on constate que l'abdomen a une forme à peu près sphérique. Sa grande circonférence mesure de 61 à 62 centimètres, ce qui donne à la cavité vésicale un diamètre de 20 cent. En vidant la vessie et en mesurant la quantité de liquide qu'elle contient, on arrive à un chiffre sensiblement égal à celui qu'on avait trouvé par la ponction : 4 litres environ.

La vessie, qui pleine occupait pour ainsi dire tout l'abdomen, devient, une fois vide, flasque et plissée. En examinant sa surface externe, on constate que l'orifice de la ponction est situé au dessus de l'ombilic et à droite. On remarque ensuite la terminaison de l'intestin qui se fait un peu à droite de la ligne médiane et à quelques centimètres de l'ombilic. L'ouraque long seulement de 2 centimètres environ est rejoint par les artères ombilicales et

sort immédiatement de l'abdomen. Les ligaments antérieurs de la vessie sont très développés : partis des pubis, ils se perdent sur la face antérieure de l'organe hypertrophié en soulevant inégalement sa surface ; ils forment son principal moyen de fixité.

En incisant cette vessie, on remarque que son épaisseur est variable. Considérable au niveau de sa face antérieure où elle atteint 6 millimètres, elle diminue au niveau de sa portion supérieure et de sa face postérieure (ce dont il est facile de se rendre compte en la regardant par transparence). Elle présente un épaississement très notable sur le trajet des artères ombilicales. Les parties les plus minces sont situées à sa face postérieure : sa paroi n'offre à ce niveau qu'une épaisseur d'1 millimètre à peine. — Sa surface interne présente à côté de portion de muqueuse lisse, normale, des portions rugueuses, écailleuses, et blanchâtres. La muqueuse est soulevée par des colonnes très légèrement saillantes circonscrivant de très larges cellules. Elle présente en outre 5 orifices : au niveau de l'ouraque, du rectum, des deux uretères et de l'urèthre.

L'orifice de l'ouraque est obturé ; il est représenté par une dépression en entonnoir absolument imperméable.

En examinant la terminaison du rectum sur la vessie, on constate que le méconium s'arrête brusquement à 2 centimètres de la vessie et il semble au premier abord qu'il n'y ait aucune communication entre les deux cavités. Mais en introduisant une sonde cannelée dans l'extrémité du gros intestin, on remarque au point où la sonde fait saillie à l'intérieur de la vessie une inégalité de la muqueuse au niveau de laquelle l'instrument apparaît par transparence. En poussant dans l'extrémité du tube digestif une injection de liquide coloré, on voit suinter ce liquide par un trou microscopique situé au fond d'une dépression de la muqueuse vésicale ; mais il faut, pour arriver à ce résultat, pousser l'injection avec force.

Les orifices vésicaux des uretères présentent des différences dans leur conformation et leur volume. Nous les décrirons séparément. L'orifice de l'uretère droit est représenté par une circonférence à peu près régulière mesurant 27 mm. de diamètre, bordée par un épaississement circulaire du tissu vésical. Quand on regarde la face externe de la vessie dans la région correspondant

à l'abouchement de l'uretère, on la voit se déprimer, faire hernie pour ainsi dire à travers cet orifice, en formant une sorte de cupule au fond de laquelle est précisément fixé le testicule droit. Si, retournant la vessie en doigt de gant au niveau de cet orifice, on l'examine à nouveau par sa face interne, on constate que le véritable orifice inférieur de l'uretère est caché sous le bourrelet, et est situé à la partie supérieure de l'anneau. Il a la forme d'un croissant à concavité dirigée bas et dont les cornes se perdent sur le fond de l'orifice vésical ; 4 mm. seulement séparent les deux cornes de ce croissant qui fait l'office d'une véritable valvule. — L'orifice de l'uretère gauche n'a que 5 mm. de diamètre ; il est entouré également par un bourrelet épais de tissu vésical. Mais contrairement à l'orifice du côté opposé, il se continue directement avec l'uretère, sans qu'on puisse trouver de repli. Son bord supérieur est trop épais pour pouvoir jouer le rôle de valvule ; aussi avons-nous trouvé un uretère gauche beaucoup plus dilaté que le droit.

Mais la particularité la plus intéressante est celle qui se rapporte à l'urèthre, puisqu'elle est le point de départ de ces différentes lésions. C'est avec une certaine peine qu'on découvre sur la surface interne de la vessie, au centre de la portion qui correspond au bassin du fœtus, un orifice ponctiforme situé au sommet d'une légère éminence : c'est l'orifice vésical de l'urèthre. — Si l'on essaie d'y introduire le plus petit stylet, ou mieux un crin de Florence, on est immédiatement arrêté : cette sorte de foramen caecum n'a que 2 millimètres de profondeur. Si d'autre part on essaie de cathériser l'urèthre par sa portion pénienne que nous avons vue bien développée, la sonde la plus fine est arrêtée à 27 millimètres du méat. En injectant par la sonde à l'aide d'une seringue de Pravaz un liquide coloré, pas une goutte de ce liquide ne passe dans la vessie.

Nous avons fait la dissection de l'urèthre. Après section de la symphyse et écartement des corps caverneux, nous avons trouvé un cordon fibreux relativement épais, réunissant les deux bouts perméables de l'urèthre. Cette portion oblitérée mesure 24 mm. de long.

Les autres particularités que nous avons relevées sont moins importantes : elles sont relatives à la circulation du fœtus. La vessie a une vascularisation excessivement développée : les artè-

res ombilicales très longues (elles ont en effet à contourner la vessie pour atteindre l'ombilic) distribuent dans leur parcours de nombreux et importants rameaux à cet organe. D'autre part la mésentérique et les artères spermatiques viennent se terminer à sa surface. Il ne nous a pas semblé que les artères rénales fussent augmentées de volume. Quant aux nombreuses veines, elles forment à la surface de la vessie des anastomoses très développées. Enfin nous avons remarqué que le sang veineux des membres inférieurs, surtout du gauche, évitait la compression de la vessie hypertrophiée, en passant sous le pubis, par la veine obturatrice qui est très développée, tandis que la veine fémorale, relativement petite s'anastomose avec les veines, qui sillonnent la région antéro-latérale de la vessie.

*Analyse du liquide.* Nous avons rejeté à la fin de notre observation l'examen du liquide retiré par la ponction. L'analyse en a été faite par M. Butte, chef du laboratoire du service d'accouchement de la Charité. Voici quels en sont les résultats :

Liquide jaune clair, peu coloré.

|                                            |                     |
|--------------------------------------------|---------------------|
| Poids.....                                 | 3 k. 980            |
| Densité.....                               | 1007                |
| Poids du résidu sec : Poids de 20 c. c. de |                     |
| liquide.....                               | 20 gr. 010          |
| Après évaporation des 20 c. c.....         | 0 gr. 210           |
| Soit: résidu sec.....                      | 1 gr. 050 pour 1000 |

Dosage de l'urée : 500 c. c. (on obtient pas de résultats avec une plus petite quantité de liquide) donnent après évaporation en présence de l'acide tartrique, 4 c. c. 5 d'azote.

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Soit: Urée.....        | 0 gr. 024 pour 1000 |
| Chlorure de sodium..   | 8 gr. 12 »          |
| Phosphates.....        | 0 gr. 56 »          |
| Albumine décelable par |                     |
| la chaleur.....        | 0 gr. 40 »          |

Sucre, pas de réduction de la liqueur cupropotassique.

En résumé, nous avons eu affaire à une rétention d'urine causée par une imperforation complète de l'urèthre transformé en un cordon plein, sans canal de dérivation.



Disons, en terminant, que les observations des cas analogues que nous avons lues semblent calquées pour ainsi dire les unes sur les autres. Dans presque tous les accouchements on avait arraché successivement la tête et un ou plusieurs membres — d'où le principe absolu lorsqu'on se trouve en présence d'un obstacle à l'extraction du fœtus, d'introduire toute la main dans l'utérus pour faire le diagnostic.

Dans ces cas, l'examen du fœtus a toujours montré des malformations du côté des organes génitaux et de l'intestin. Presque toujours le rectum se terminait sur la vessie : l'orifice de communication entre ces deux organes était plus ou moins considérable, mais ne permettait jamais l'issue du liquide contenu dans la cavité vésicale. Dans l'observation de Fearn, le rectum se terminait en cul-de-sac dans le bassin. Dans tous les cas les uretères étaient distendus par le liquide. Du côté des reins, tantôt ces organes étaient hypertrophiés et atteints d'hydronéphrose, transformés même en une vésicule transparente, comme dans le cas de Duparque, tantôt les uretères seuls participaient à la dilatation.

Dans un cas de Simpson, la vessie s'était rompue.

Enfin dans un cas de Kennedy, on avait fait l'analyse du liquide contenu dans la vessie et on n'y avait pas trouvé d'urée. A ce propos nous rappellerons que M. Butte, dans notre cas, n'a pu déceler la présence de l'urée dans moins de 500 c. c. de liquide. Il est néanmoins intéressant de rapprocher cette dernière observation de la nôtre, car dans notre cas, ainsi que nous l'avons vu, la quantité d'urée était minime, puisqu'elle n'était que de 0 gr. 024 par litre.

### Discussion :

M. PORAK. — J'ai retrouvé dans mes notes deux observations se rattachant à la communication de M. Dévé : la première remonte à l'année 1885 et a été rédigée par mon interne, M. Charles ; l'autre est de 1886, elle a été rédigée par M. Engelbuh, également mon interne.

**Obs. I. — Valvule uréthrale chez le fœtus, rétention minime d'urine dans la vessie, double hydronéphrose, dégénérescence kystique des reins. Acite. Ponction. Mort de la mère par rupture utérine.**

Il s'agissait d'une journalière, âgée de 26 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis le 25 février 1885.

Cette femme a joui d'une bonne santé pendant son enfance, elle a marché à un an environ. Réglée à 14 ans, la menstruation a été régulière depuis cette époque.

La première grossesse évolua normalement en 1880 et se termina à terme. L'enfant, né bien portant, succomba à 18 mois.

La seconde grossesse survint en 1882, fut normale et l'accouchement naturel, son enfant était vivant. Les suites de couches furent pathologiques, elle dut garder le lit pendant trois semaines pour des accidents fébriles qu'on considéra comme une fièvre muqueuse.

La grossesse actuelle remonte au mois de juin 1884, époque de ses dernières règles. Elle ne se plaignit d'ailleurs d'aucun malaise. Les mouvements actifs du fœtus, perçus vers le 4<sup>e</sup> mois 1/2, l'ont été jusqu'au moment de l'accouchement. L'abdomen se développa régulièrement et ne paraissait pas présenter des dimensions supérieures à celles observées aux grossesses antérieures.

Les premières douleurs se sont manifestées le 25 février, à 7 heures du matin. La grossesse avait alors atteint le 8<sup>e</sup> mois 1/2. Lorsque la sage-femme qui devait accoucher cette femme, vint auprès d'elle, il était à peu près 11 heures.

La poche des eaux était rompue. Mais la malade ne peut pas donner de renseignements précis sur la quantité d'eaux qui s'écoulèrent. La tête de l'enfant était alors dégagée, mais le tronc ne sortait pas. La sage-femme exerça des tractions énergiques, et celles-ci n'étant suivies d'aucun résultat, elle administra de l'ergot de seigle.

Deux médecins furent appelés successivement. Ils exercèrent des tractions exagérées sur la tête au point que celle-ci ne tenait plus au tronc que par quelques lambeaux cutanés. Le bras droit fut défléchi et arraché. Des tentatives de version furent exécutées, mais sans succès.

C'est à la suite de ces manœuvres répétées que la parturiente fut dirigée de son domicile (à Bobigny) sur l'hôpital Saint-Louis.

Lorsque je fus prévenu, il était 8 heures du soir.

Je constatai alors que le bras droit était arraché, que la tête ne tenait pour ainsi dire plus au tronc, que le bras gauche était abaissé. La parturiente se trouve dans un état grave. L'abdomen n'est pas développé outre mesure ; il n'est pas très douloureux à la palpation. Les contractions utérines sont suspendues. Le pouls est très fréquent, la température marque 38°. Elle est abattue, inquiète, excitable, elle redoute tout examen. Cependant, elle possède toute son intelligence et répond parfaitement à toutes les questions qu'on lui pose.

Je procédai incontinent au toucher manuel, et après avoir constaté que l'obstacle à l'accouchement provenait du volume exagéré de l'abdomen, je le ponctionnai avec le crochet pointu. Il s'échappa à peu près un litre de liquide. L'extraction de l'enfant se fit alors sans difficulté.

Délivrance normale, sans hémorrhagie. Placenta 660 gr.

Le lendemain matin, 26 février, l'accouchée est faible, abattue, toujours inquiète. Elle se plaint de douleurs abdominales et épigastriques. L'abdomen est douloureux, mais non ballonné. Pas d'hémorrhagie, ni de vomissements. Traitement : sangsues, opiacés, injection intra-utérine. Le soir, même état, douleurs abdominales persistent, sueurs profuses. T. 36°4. P. 140.

Le 27 février, tendances syncopales et mort dans une syncope, à 9 heures du matin. On avait essayé en vain de la remonter à l'aide d'injections hypodermiques d'éther.

L'autopsie fut pratiquée 24 heures après la mort. L'état de décomposition était déjà très avancé et le péritoine était distendu par des gaz abondants et fétides.

*Autopsie de la mère.* — A l'ouverture de l'abdomen, on ne constate ni fausses membranes, ni épanchement de liquide purulent. Dans la fosse iliaque gauche et dans la région lombaire correspondante, on trouva un épanchement de sang noir, en partie coagulé, pouvant être évalué à 200 grammes. Ce foyer correspondait à une rupture de l'utérus, siégeant sur le bord correspondant. Elle part de l'orifice externe du col pour s'étendre jusqu'à l'orison du 1/3 supérieur du corps de l'utérus avec le 1/3 moyen. Sco-

liose lombaire à convexité gauche, bassin légèrement asymétrique avec déviation très nette du pubis à droite.

L'enfant (sexe masculin) pèse 2690 grammes.

*Autopsie de l'enfant.* — Cordon normal, viscères thoraciques normaux, foie normal pèse 119 grammes, rate normale pèse 13 grammes. La cavité du péritoine peut contenir un litre de liquide. Ainsi distendu, l'abdomen mesure 17 centimètres de diamètre. Le péritoine, principalement à son feuillet pariétal, est injecté. Les vaisseaux de mésentère et du mésocôlon sont congestionnés et on y distingue très nettement les arcades vasculaires distendues.

Pas d'adhérences des anses intestinales qui sont saines. On constate de très nombreux ganglions mésentériques dont la plupart ont le volume d'un grain de chènevis.

Des lésions multiples siègent sur les différents organes de l'appareil urinaire.

*Reins.* — Le rein gauche présente des adhérences assez intimes avec le mesocôlon descendant, la face inférieure du diaphragme et la portion correspondante de la paroi abdominale. Aucune adhérence du rein droit. Les capsules surrénales sont aplaties et adhérentes à l'extrémité supérieure des reins qu'elles coiffent.

*Rein gauche.* — Il est volumineux ; il a subi une dégénérescence kystique, longueur 11 cent., largeur 4 cent., épaisseur 2 cent. Il présente sur toute sa périphérie et dans sa profondeur de nombreux kystes, remplis d'un liquide transparent, les plus gros ont le volume d'une noisette, la plupart le volume d'un pois, beaucoup d'autres ont des dimensions plus petites. Sur le bord externe du rein, on remarque un kyste très volumineux, ayant le volume du poing d'un adulte. Sa surface interne est blanche, régulière et n'offre aucun orifice apparent. Le liquide contenu dans ces divers kystes présente partout les mêmes caractères. La coupe présente un aspect blanchâtre, on n'y reconnaît plus les parties constitutantes du rein.

*Rein droit.* — Longueur 5 cent., largeur 3 cent., épaisseur 1 cent. 1/2 ; il a subi également la dégénérescence kystique. Il renferme à la périphérie et à la coupe de nombreuses cavités kystiques ayant le volume d'un pois, d'un grain de millet, remplies comme pour le rein gauche du même liquide transparent.

*Uretères.* — Du bord du rein droit, l'uretère présentant le diamètre d'un centimètre, est allongé, sinueux, mesure 23 cent. de longueur.

Du bord interne du rein gauche partent plusieurs canaux qui se réunissent en trois branches plus volumineuses, très courtes et se confondant en une poche pouvant admettre l'extrémité du doigt. Cette poche représente le bassinnet. Elle donne naissance à l'uretère. Il est sinueux, dilaté, très allongé. Il mesure 43 cent. de long et un centimètre de diamètre. Les nombreuses circonvolutions sont adhérentes les unes aux autres.

Les deux uretères sont distendus par l'urine. Leur orifice dans la vessie est libre.

*Vessie.* — La vessie renferme environ 120 grammes de liquide. Les parois sont épaissies, elles mesurent de 3 à 5 millimètres d'épaisseur. La muqueuse est soulevée par des petites colonnes musculaires, dirigées dans le sens longitudinal et au niveau du trigone dans le sens transversal. Le sommet de la vessie dépasse l'ombilic. Il présente un petit kyste du volume d'une noisette, rempli de liquide transparent et se terminant par le canal de l'ouraque qui est imperméable dans toute sa longueur.

*Urèthre.* — On remarque dans la portion membraneuse de l'urèthre un repli muqueux très prononcé, ayant la forme d'une valvule à concavité regardant la vessie. Cette valvule présente cinq millimètres de profondeur. Elle occupe la moitié du canal de l'urèthre. Elle se termine en haut et en dedans au verumontanum, dont elle paraît dépendre. Il est probable qu'en introduisant par le méat une sonde de très petit calibre, on aurait pu relever la valvule et pénétrer dans la vessie. — En injectant du liquide de la vessie vers le méat uréthral, on a constaté que la valvule se distendait et oblitérait complètement le canal de l'urèthre et que la valvule résistait à la pression énergique, exercée sur le piston de la seringue.

Cette valvule déterminait donc une occlusion complète du canal de l'urèthre.

Les autres parties de l'urèthre étaient normales.

Pas d'autres vices de conformation. — L'anus en particulier était normal.

J'imagine que, dans cette observation, la valvule qui a été constatée au niveau du veru montanum existait primitivement à l'état de cloison et n'a pas amené dès l'abord la rétention d'urine. Elle s'est développée par la suite sous la pression continue, exercée par l'urine. L'insertion de cette valvule sur le canal de l'urèthre au-dessous du veru montanum justifie cette interprétation. L'épaississement des parois de la vessie démontre qu'elles ont lutté longtemps contre l'obstacle. Cette contraction musculaire a exercé son action nuisible surtout du côté des uretères et des reins sans pouvoir vaincre la valvule uréthrale.

Les lésions urétérales et rénales ont déterminé des lésions péritonéales qui se traduisent anatomiquement par la production des fausses membranes.

L'inflammation péritonéale reste la véritable cause de l'ascite, et en fin de compte nous avons constaté une rétention faible d'urine dans la vessie et un épanchement ascitique de nature inflammatoire.

**Obs. II. — Rétention d'urine chez un fœtus de six mois. Ponction de la vessie ayant permis l'extraction du fœtus. Mère bien portante.**

Le nommé H. V. est entré dans le service d'accouchement de l'hôpital Saint-Louis le 6 janvier 1887. Elle a 27 ans, reperceuse de son métier, de bonne santé, de constitution délicate. Elle a présenté antérieurement un avortement qui s'est terminé vers le 3<sup>e</sup> mois 1/2 de la grossesse.

Les dernières règles remontent au 1-5 juillet 1836.

Dès le 3 janvier, elle a ressenti quelques douleurs, pour lesquelles elle a mandé un médecin qui lui a prescrit des pilules et une poudre. Après les avoir absorbées, ses douleurs se sont considérablement accrues.

H. entre à l'hôpital à 11 heures du soir, la tête était à la vulve. On fit des tractions pour extraire l'enfant, et celle-ci resta entre les mains de l'opérateur.

Alors, en voulant abaisser les bras, on constate que le col de l'utérus n'était pas dilaté et qu'il exerçait sur le tronc de l'en-

fant une constriction assez serrée. On me fit alors prévenir et j'arrivai à l'hôpital à 3 heures du matin, le 7 janvier.

A mon arrivée, les deux bras de l'enfant étaient abaissés et intacts, je pus avec un peu de patience pénétrer dans la cavité utérine et je reconnus alors nettement que la raison de la dystocie tenait à la distension exagérée de l'abdomen de l'enfant. Les contractions utérines s'étaient d'ailleurs suspendues. Je ponctionnai, sans la moindre difficulté, la tumeur à l'aide d'un long trocart et je recueillis avec soin la totalité du liquide qui s'écoula. Je pus ainsi recueillir 860 grammes d'un liquide pâle, transparent, ayant une coloration très légèrement jaunâtre.

A l'aide d'une très légère traction, le tronc de l'enfant fut extrait le plus aisément. Le fœtus était macéré.

L'utérus restait inerte et mou, sans hémorrhagie. — A 4 heures 1/2 le placenta ne venant pas, j'introduisis de nouveau la main dans la cavité utérine. Le placenta en grande partie décollé, était adhérent par une de ses parties. Je le décollai sans grande difficulté. Mais on dut pendant longtemps frictionner l'utérus avant qu'il présentât un globe d'une dureté satisfaisante.

Le placenta présentait deux parties ; celle qui s'était décollée était normale, mais la partie qui était restée adhérente, était manifestement amincie et étalée. Les membranes étaient complètes et toute la masse pesait 460 grammes.

Pendant les suites de couches, la température oscille entre 38° et 39° pendant les 4 premiers jours. Les lochies furent même fétides pendant le troisième et le quatrième jours et on dut pratiquer des injections intra-utérines. A partir du 5<sup>e</sup> jour la température fut normale et la malade sortit de l'hôpital le 10<sup>e</sup> jour en bonne santé.

L'autopsie de l'enfant nous révéla les faits suivants : l'enfant paraît bien constitué.

*Thorax* : aucune malformation.

*Abdomen* volumineux. Œdème péri-ombilical.

*La vessie* est considérablement distendue. Elle a refoulé et comprimé tous les viscères abdominaux. Le foie et surtout la rate et les reins sont relativement peu volumineux et aplatis. Le paquet intestinal est réduit en une masse de petit volume.

*La vessie* est lisse et blanchâtre sur sa partie extérieure. De celle-ci partent en différents points des tractus cellulux lâches

qui la font adhérer aux organes voisins. Le rectum distendu par du méconium se confond avec la paroi postérieure de la vessie. Il semble se terminer approximativement à l'union de  $\frac{1}{3}$  moyen avec le  $\frac{1}{3}$  supérieur de la partie postérieure de la vessie.

Le *rectum* ne semblait pas communiquer avec la cavité vésicale. Il se terminait en dehors par deux renflements blanc-jauâtres se continuant par plusieurs petits cordons. En sectionnant le rectum on trouvait deux petits canaux, dans lesquels on pouvait introduire une sonde filiforme. L'un de ces canaux plus profond que les autres permettait l'introduction de la sonde dans un trajet mesurant près de deux centimètres ; mais la sonde était bientôt arrêtée et il semblait que ce conduit comme les deux autres se terminait en cul-de-sac. Peut-être avec un peu plus d'insistance aurait-on pu démontrer la communication de ce canal avec la vessie. L'utérus est imperforé. Il n'est même pas indiqué par une dépression.

La muqueuse vésicale paraissait saine. Les uretères recevaient une sonde du calibre n° 5 ; ils ne paraissaient pas distendus et les reins sont normaux. Pas d'orifice uréthral.

Les organes génitaux externes sont indiqués par une saillie de forme demi-ovoïde faisant une saillie assez peu marquée et à la partie supérieure un tubercule génital. On ne peut affirmer le sexe de cet enfant, car les investigations les plus minutieuses n'ont pas permis de découvrir de testicules, ni d'ovaires.

L'urine a été examinée par M. Hanriot, qui m'a remis l'analyse suivante :

Urine presque incolore, densité 1,0016.

Poids du résidu sec pour 137 gr. évaporés à froid dans le vide, 1 gr. 2497, soit 9.12 %.

1° *Dosage d'urée* direct 0 gr.07 par litre, douteux. Le résidu de l'évaporation de 137 gr. dissous dans quelques centimètres cubes d'eau a donné 6 c. c. d'azote, soit 0 gr. 11 par litre.

2° *Dosage du sel marin* sur 100 c. c. : Chlorure d'argent précipité 1 gr. 9859, soit 9 gr. 08 de chlorure de sodium par litre.

3° *Albumine*, appréciable qualitativement ; le dosage sur 50 c. c. n'a pas fourni une quantité dosable.

4° *Sucre*. La liqueur de Fehling n'est pas réduite à l'ébullition. Réduction le lendemain.

5° *Phosphates* : Détermination le 13 juillet, 0 gr. 6 par litre.



Cette observation est comparable pour la plupart de ses particularités avec celle qui vous est rapportée par M. Dévé. On dirait que ces deux observations sont calquées l'une sur l'autre.

Dans l'un comme dans l'autre cas, la pathogénie semble la même. Il s'agit d'un défaut d'abouchement de cloaque externe avec le cloaque interne.

Les examens de l'urine pratiquées dans le cas de M. Dévé par M. Butte, pratiquées dans l'observation que je vous ai lue, par M. Hanriot, sont pour ainsi dire identiques.

L'urine est presque constituée d'eau pure. L'urée surtout, les phosphates y ont été constatés en proportions extraordinairement minimales. Dans les deux cas, on a signalé des traces d'albumine.

Le chlorure de sodium, plus abondant dans les deux analyses, s'y trouve dans les proportions qu'on constate dans le sang.

Dans un mémoire que j'ai publié sur le passage des médicaments à travers le placenta, j'ai soutenu cette opinion que les reins ne jouissaient pas de fonctions actives pendant la vie fœtale. Cependant, on peut voir qu'ils sécrètent de l'eau et on peut calculer la quantité d'urine sécrétée aux différentes époques, en tenant compte de l'âge des enfants au moment de l'accouchement.

Dans mon observation, le fœtus étant âgé de 6 mois, la quantité d'urine était de 860 gr. Dans l'observation de M. Dévé, le fœtus étant âgé de 8 mois, la quantité d'urine était de quatre litres.

Au placenta est donc dévolu, pendant la vie intra-utérine, le véritable fonctionnement rénal. Il sert à l'élimination des déchets résultant de la désassimilation, qui doit être d'ailleurs très faible.

Les fonctions nutritives du fœtus sont à un très haut degré plastiques, et au degré le moindre désassimilatrices. Mais les matières assimilables doivent être charriées par une quantité d'eau considérable que le placenta ne suffit probablement pas à rendre à la circulation maternelle. Cette eau est sécrétée par les reins et rejetée dans le liquide amniotique, où elle serait résorbée en partie par les membranes.

On peut cependant faire à cette théorie une objection. On

ne manquera pas de me dire que les reins sont comprimés par la vessie distendue, comme on l'observe à l'autopsie. Cette compression existe d'ailleurs sur tous les autres organes abdominaux : foie, rate, intestins. Dans un semblable état de compression, la fonction rénale chez le fœtus est-elle normale et l'urine que nous trouvons dans la rétention d'urine présente-t-elle bien la constitution chimique qu'on peut observer à l'état normal.

Cette objection trouverait un appui dans la petite quantité de substances extractives qu'on retrouve dans l'urine de l'adulte à la suite des lésions rénales et en particulier de la dégénérescence kystique des reins.

Pour répondre à cette objection, j'ai fait prendre dans mon service, pendant la semaine qui vient de s'écouler, l'urine chez plusieurs nouveau-nés, immédiatement après leur naissance.

Je n'ai pu réussir que dans deux cas seulement à obtenir une quantité suffisante d'urine, mais encore trop faible pour que M. Butte ait pu en faire une analyse complète, dont les résultats eussent pu être superposés aux analyses qui vous ont été communiquées plus haut.

M. Butte a dû se limiter à la recherche de l'urée ; il m'écrit à l'instant que les quantités d'urée sont tellement négligeables dans les échantillons qu'on lui a remis qu'on peut les considérer comme insignifiantes.

On a soutenu que le liquide amniotique était en grande partie le résultat de la miction fœtale. Depaul, dans un mémoire important, avait donné, pour soutenir cette théorie, un argument tiré de l'observation de la rétention de l'urine chez le fœtus. Il avait, en effet, constaté dans les observations qui lui sont personnelles que le liquide amniotique était très peu abondant.

Dans les observations qui vous sont lues, il reste un doute sur ce point. Dans le cas précédent, la rupture de la poche amniotique a eu lieu en ville et je n'ai obtenu aucun renseignement sur la quantité du liquide amniotique qui s'est écoulée à ce moment. Dans le cas de M. Dévé, il semble que le liquide amniotique était assez abondant. Si cette constatation est bien réelle, il faudrait donc admettre que l'origine du liquide amnio-

tique ne dépend pas uniquement de la miction fœtale. Cela entre d'ailleurs fort bien dans ma manière de voir.

M. CH. FOURNEL. — Un point très intéressant au point de vue chirurgical, ce sont les déformations des os du pied et en particulier des os du tarse par la production du pied bot. Si je me permets d'en parler ici, bien qu'il ne s'agisse là ni d'obstétrique, ni de gynécologie, c'est que les dessins de M. Dévé, très bien faits et très précis, viennent confirmer les idées récentes de plusieurs chirurgiens sur le traitement opératoire du pied bot. C'est de la pédiatrie, on peut donc en parler devant des accoucheurs.

Si l'enfant qui fait l'objet de l'observation avait vécu, il aurait conservé un pied bot congénital dont les déformations auraient été dues, non à des rétractions de tendons, mais à des déformations osseuses. Les plus importantes de ces déformations sont celles de l'astragale, et il est facile de voir sur les dessins de M. Dévé, ce que devient cet os lors de pied bot varus : l'hypertrophie du bord externe de la poulie astragalienne et l'affaissement de son bord interne, la déviation de la tête astragalienne en dedans, sont très nettes.

Aussi, ces pieds bots ne peuvent-ils être guéris que par l'ablation de tous les os du tarse, sauf la partie postérieure du calcanéum, car les autres osselets tarsiens se moulant sur l'astragale ont subi des déformations concomitantes. Ces idées sont celles de plusieurs chirurgiens, de M. Ollier, de M. Championnière et d'autres qui savent par expérience que les sections tendineuses ne donnent point de résultat dans ces cas.

**MM. SOULIGOUX et PAQUY. — Examen anatomique d'une tête de fœtus nosencéphale.**

Ernestine G..., cuisinière, IV<sup>e</sup> pare, âgée de 32 ans, a eu ses dernières règles le 10 mai 1894. Elle accouche spontanément le 12 février 1895, à l'hôpital de la Charité, service de M. Porak, d'un enfant vivant du sexe féminin pesant 3570 gr.

Cet enfant, qui s'est présenté par la partie postérieure de l'extrémité céphalique, offre les particularités suivantes :

La partie supérieure de la tête est envahie par une tumeur d'un rouge violacé recouverte d'une mince pellicule et divisée en plusieurs lobes ; elle est limitée à sa périphérie par la peau, recouverte de cheveux. A ce niveau la pellicule d'enveloppe se continue directement avec le cuir chevelu.

La tumeur occupe exclusivement la partie supérieure de la tête, la région occipitale n'est pas envahie.

La face est dirigée obliquement, les yeux sont saillants. Le reste du corps ne présente aucune malformation.

Cet enfant a vécu 10 heures.

A l'autopsie de la tête nous avons noté les particularités suivantes :

La tumeur incisée est d'une coloration noirâtre, elle est molle, diffuente ; au milieu se trouvent des kystes, les uns sanguins, les autres à contenu clair. Parmi ces masses nous avons trouvé des petits corps à consistance plus ferme, au nombre de trois.

Deux du volume d'un gros pois étaient situés sur les parties postéro-latérales.

Le troisième se trouvait immédiatement en avant du trou occipital, son volume était celui d'un haricot de moyenne taille. Il était triangulaire, sa petite extrémité ou pointe était dirigée en haut, sa base en bas. Les deux extrémités de cette base se continuaient chacune par un pilier qui était la terminaison du nerf optique.

L'artère carotide interne du côté gauche a été injectée. Elle est petite, elle passe en dehors du pilier gauche du noyau précédent et se divise en deux troncs. L'un, antérieur, se divise bientôt en trois rameaux ; l'autre, le postérieur, se divise en 5 rameaux. L'un et l'autre se perdent au milieu de la masse diffuente.

Le nerf olfactif n'existe pas. Il n'y a pas traces d'orifices sur les lames horizontales de l'ethmoïde, de chaque côté de l'apophyse crista galli. Le nerf optique, au contraire, est très développé : Il se porte obliquement de dehors en dedans, pénètre dans un conduit osseux, puis en sort pour constituer un des piliers du noyau central.

On trouve en outre : 1°) un petit filet passant au-dessus du nerf optique et se dirigeant en dedans ; 2°) deux autres filets.

naissant d'un gros tronc qui semble être le moteur oculaire commun.

La base du crâne est représentée par une sorte de plateau de 3 c. 1/2 de longueur dans le sens antéro-postérieur et de 5 cent. de largeur dans le sens transversal.

En avant se trouve une crête osseuse, l'apophyse crista-galli.

Au centre, une fossette, la selle turcique où se trouve le corps pituitaire, très développé.

En arrière, le trou occipital très large et qui présente les dimensions suivantes :

2 cent. 7 dans le sens antéro-postérieur.

2 cent. 1 dans le sens transversal.

La moelle est normale avec son bulbe et sa protubérance. Sa continuité avec le cerveau est interrompue au niveau des pédoncules cérébraux. Tous les nerfs bulbaires existent.

Ce monstre doit être rangé dans la famille des pseudencéphaliens, genre nosencéphale, dont les caractères sont les suivants, d'après I. Geoffroy-Saint-Hilaire.

Point de fissure spinale, encéphale remplacé par une tumeur vasculaire, crâne largement ouvert en dessus, mais seulement dans les régions frontale et pariétale, trou occipital distinct.

#### Discussion :

M. DUMONTPALLIER. — Pendant l'accouchement a-t-on observé lorsqu'on touchait la tumeur, que le fœtus fût animé de soubresauts convulsifs.

M. BUDIN. — La tumeur présentait-elle des battements ?

M. PAQUY. — Le diagnostic n'a été fait qu'au moment même de l'accouchement, ce qui fait que ces différents signes n'ont pas été recherchés.

#### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE.

M. PICHEVIN. — Vers 1887, les indications et les contre-indications du curage utérin étaient bien nettes. L'inflammation de la muqueuse utérine était traitée par l'abrasion, suivant la méthode de Récamier. Il y avait unanimité pour déclarer qu'il

fallait s'abstenir du curage dès qu'on constatait des lésions inflammatoires autour de la matrice. La contre-indication du curage était formelle et il suffit de parcourir les ouvrages classiques, écrits à cette époque, en France et à l'étranger pour se convaincre du parfait accord qui existait entre les gynécologistes et les chirurgiens sur cette question.

Dès que l'on diagnostiquait une lésion annexielle, on pratiquait l'ablation bilatérale de l'ovaire et de la trompe. Des chirurgiens consciencieux et prudents, des gynécologistes experts des médecins bien avisés ne tardèrent pas à se convaincre que l'extirpation des annexes de l'utérus était parfois proposée et exécutée avec une trop grande précipitation.

On remarqua que certaines malades qui devaient subir la laparotomie avaient guéri sans intervention chirurgicale.

Le repos au lit, l'éloignement de toute cause d'excitation génitale, les irrigations vaginales et rectales chaudes, le tamponnement antiseptique du vagin, combiné ou non à la compression élastique du ventre, la révulsion sur l'abdomen avaient suffi dans certains cas pour permettre aux malades atteintes d'inflammation péri-utérine récente et probablement légère d'éviter l'extirpation des annexes.

Il est bien certain qu'à un moment donné, il y eut un véritable abus de l'opération de Lawson-Tait. Des voix indépendantes n'ont pas craint de se faire entendre et d'inviter les chirurgiens trop entreprenants à une pratique plus prudente, moins intransigeante et plus pondérée.

Les opérateurs eux-mêmes reconnurent spontanément qu'il était utile de conserver à certaines malades les annexes d'un côté. La première tentative de conservation des annexes enflammées est due à Pippinskold qui, dès 1880, se contenta de toucher au thermo-cautère les productions kystiques de l'ovaire scléreux. Hadra préconisa la libération des annexes enflammées et cette opération fut pratiquée avec prédilection par Polk qui détruisait les adhérences.

Martin insistait sur la possibilité de conserver l'ovaire et la trompe d'un côté et il faisait connaître les heureux résultats

de cette intéressante méthode. Dans certains cas le gynécologue berlinois avait réséqué l'ovaire malade et avait observé des grossesses à la suite de cette opération. Martin, en agissant ainsi, avait imité la pratique de Schröder, qui professait la nécessité de tenter la conservation d'un bout d'ovaire quand les malades avaient un double kyste ovarique. L'ablation unilatérale des annexes dans deux cas qui me sont personnels a été suivie de grossesse.

Enfin Martin et Schultze, d'Iéna, réséquèrent non seulement l'ovaire, mais aussi la trompe, et purent ainsi conserver les annexes d'un seul côté. Ces tentatives donnèrent des résultats encourageants.

C'est en 1887 que Walton présenta à l'Académie royale de médecine de Belgique une contribution à l'étude de la pelvipéritonite (son traitement par la dilatation forcée et le curetage de l'utérus). Quelques années auparavant cet auteur s'était déjà occupé de cette question et avait publié une note qui n'avait pas attiré l'attention. Mais le travail de Walton en 1887, loin de passer inaperçu, souleva des protestations de tous les côtés. Walton dilatait largement l'utérus avec une série d'instruments à deux ou trois branches et en particulier avec le puissant dilateur à deux branches de Schultze. Il écartait ainsi les parois utérines autant qu'il le pouvait, faisait le curage utérin surtout au niveau des angles, lavait à grande eau la cavité de la matrice et terminait par un tamponnement intra-utérin avec la gaze iodoformée. Les lavages de la cavité utérine étaient répétés chaque jour.

Cette méthode de traitement fut vivement combattue : on le devine aisément.

Poulet fut le premier en France à vanter, dans le courant de 1888, les bienfaits de la médication intra-utérine et du curage dans la cure des paramétrites.

Dolérus, à la fin de cette même année, publia la technique que vous connaissez : dilatation lente avec des lamineaires, puis avec des éponges, curage soigné, drainage utérin avec des gazes antiseptiques.

Gottschalk, en Allemagne, préconisait le même traitement. Seulement il dilatait l'utérus suivant la méthode de Vulliet. Il curait les angles de l'utérus et faisait de fréquentes irrigations intra-utérines.

Ces auteurs déclaraient guérir ainsi les salpingo-ovarites volumineuses et Walton en particulier disait avoir obtenu l'évacuation des collections tubaires par la filière utérine.

En Amérique, les partisans de la dilatation et du drainage sont nombreux.

Voici, en résumé, les raisons théoriques qui ont été invoquées pour expliquer les bons effets du traitement.

1° Décollement des parois utérines au niveau de l'ostium uterinum, agrandissement et désobstruction de cet orifice par la dilatation et le curetage, c'est-à-dire par les causes mécaniques.

2° Exagération ou rétablissement du courant qui existe entre la trompe et l'utérus sous l'influence de deux causes : a) sorte d'aspiration du côté de la cavité intra-utérine dilatée au maximum ; b) tension élevée dans la trompe.

3° Excitation de la contractilité de l'appareil musculaire tubo-utérin par la dilatation, le curage et les injections.

4° Décongestion des organes pelviens.

5° Stérilisation de la cavité utérine par les antiseptiques qui agissent localement et aussi sur les foyers infectieux situés à distance (pénétration des agents microbicides par les lymphatiques ou par la voie muqueuse).

6° Sorte de massage provoqué par les différentes manœuvres (dilatation, curage, drainage et injections).

Il est inutile de rappeler l'opposition que souleva la méthode de Walton et de Doléris, à la Société de Chirurgie. Trélat essaya dans les derniers jours de sa vie de convaincre quelques-uns des adversaires du curage, qui était déclaré dangereux ou au moins inutile quand il existait une complication ovaro-salpingitique.

Les adversaires de la thérapeutique intra-utérine combinée-



rent un plan d'attaque qui n'était pas dépourvu d'habileté et que menaçait de ruiner définitivement la méthode préconisée par Walton.

On supposa que celle-ci ne s'adressait qu'aux collections enkystées de la trompe et qu'elle n'avait qu'un but : obtenir l'évacuation des salpingites enkystées.

Quant à l'action sur les salpingites catarrhales ou purulentes, quant à l'action sur les trompes, sur les ovaires enflammées, sur le paramétrium, sur le péritoine qui enveloppe les organes génitaux internes, il n'en était pas question, et cependant on avait publié des observations dans lesquelles la guérison des formes légères de la salpingo-ovarite, des salpingites non enkystées, des paramétrites était nettement signalée. Les explications qui avaient été fournies ne s'appliquaient pas exclusivement aux collections enkystées.

La théorie proposée permettait de comprendre comment la médication intra-utérine pouvait agir sur les inflammations périutérines en général, même quand la perméabilité de la trompe n'était pas en jeu.

Il fut donc convenu entre les détracteurs du curage, de la dilatation et du drainage que cette méthode de traitement n'était applicable et n'était appliquée que dans les salpingites enkystées.

*Objections.* — Et alors les objections de se multiplier. L'évacuation d'un hydrosalpinx et d'un pyosalpinx est impossible. « L'obstruction complète des deux orifices de la trompe, dit Terrillon, constitue la cause absolue de cette rétention. » B. Sutton, dans un remarquable travail, est du même avis. M. Pozzi déclare que l'espoir de faire évacuer une collection tubaire n'est que théorique.

« Les améliorations et les guérisons observées après ce traitement sont certainement relatives à des péri-salpingites séreuses prises à tort pour des pyosalpinx. » M. Pozzi a cru être en présence d'une évacuation salpingienne dans un cas. Il fit

la laparotomie. La trompe était vide. Le liquide qui s'écoulait par l'orifice externe provenait donc de l'utérus.

**I. Evacuation spontanée. Preuves par les observations anciennes.**

L'hydrosalpinx intermittent ne serait-il pas admis ? L'hydrops tubæ apertæ de Froriep n'existerait-il donc plus, pas plus que l'hydrops tubæ profluens ?

Il fallait ne tenir aucun compte des observations de Laumonier (1782), de Frank (1810), de Scanzoni, de Barnes, de l'opinion de F. Churchill, de Schröder, de Martin. Les cas réunis par Bandl étaient-ils apocryphes ?

*Preuves cliniques.* — Les gynécologistes firent table rase des constatations anciennes. L'examen attentif des malades ne devait-il pas donner la solution du problème ? On ne tarda pas à rassembler des faits cliniques assez nombreux pour entraîner la conviction.

Quand on trouve à côté de l'utérus une tumeur fluctuante qui diminue en même temps qu'on assiste à l'écoulement du pus par l'orifice externe de l'utérus, n'est-on pas autorisé à admettre l'existence d'une collection tubaire qui s'évacue par les voies naturelles ? Parfois la tumeur augmente après la cessation de l'écoulement, sauf à devenir moins volumineuse quand le pus vient de nouveau à sortir par le col utérin.

Des cas de ce genre sont assez nombreux.

La pression sur la tumeur accélère parfois la sortie du liquide, par l'orifice externe.

Letenneur, Frankenheuser, Routier, Montprofit, Rivière, Prior, Walton, Wylie, Waldo ont publié des faits démonstratifs.

On peut donc dire avec Polk que l'évacuation du liquide contenu dans la trompe est un fait d'observation.

*Preuve par une expérience sur une femme atteinte de fibrome hydrorrhéique.*

Il s'agissait d'une femme ayant une antéflexion marquée et un énorme fibrome hydrorrhéique de l'utérus.

Cette malade perdait d'assez grandes quantités de liquide par l'utérus.

Je mettais une sonde rigide dans l'utérus et j'évacuai une certaine quantité de sérosité fluide, claire, quelquefois légèrement sanguinolente. Dès que la sonde avait dépassé l'orifice interne, le liquide cessait spontanément de couler. Je faisais l'aspiration avec une grosse seringue de Guyon et je retirais ordinairement de 40 à 60 grammes de liquide. Immédiatement j'injectais dans l'utérus à faible pression 40 ou 60 grammes d'une solution antiseptique.

Dans ce cas, je crois qu'une partie du liquide évacué provenait des trompes.

C'est une probabilité, ce n'est pas une certitude. Il faut remarquer que j'avais soin de ne faire le vide qu'après l'arrêt de l'écoulement par la sonde, c'est-à-dire après l'évacuation probable de la totalité du liquide contenu dans la matrice.

*Preuves par les opérations abdominales et vaginales.*

La coexistence d'un écoulement purulent par l'orifice externe de la matrice et d'une collection purulente dans une trompe enlevée par laparotomie rend singulièrement probable l'existence d'une évacuation salpingienne, si le canal tubaire est perméable dans toute l'étendue de la trompe. Tout dernièrement j'ai constaté un fait de ce genre.

Bazy au cours d'une laparotomie a exercé des pressions sur une trompe dilatée et a provoqué expérimentalement l'évacuation du pus par l'ostium uterinum.

OBSERVATION DE MM. LYOT ET PICHEVIN.

*Salpingo-ovarite double. — Poussée de péritonite. — Diminution notable des tumeurs péri-utérines. — Hystérectomie. — Présentation de l'utérus relié aux trompes et aux ovaires. — Perméabilité des deux conduits tubaires. — Evacuation de la collection contenue dans les deux trompes.*

**Madame R., 39 ans.**

Toujours bien réglée.

Aucun accident génital antérieur.

Deux grossesses : la 1<sup>re</sup>, il y a 18 ans, la 2<sup>e</sup> il y a 16 ans.

Suites absolument régulières ; s'est levée au bout de 15 jours.

Pertes blanches déjà avant la première couche, mais sont devenues surtout abondantes après.

Depuis sa première couche, également douleur dans la jambe gauche, mais surtout depuis 10 ans, douleurs abdominales fréquentes, périodes de fièvre, de mauvais état général, sans cependant qu'il y ait eu obligation de garder le lit.

Depuis la fin de novembre, c'est-à-dire depuis 5 mois, douleurs beaucoup plus vives.

Le Dr Le Guellot lui fait garder le lit.

Tampons glycérinés, on constate une tumeur dans le cul-de-sac postérieur.

Nouvelle aggravation les premiers jours de février, à la suite de règles plus abondantes.

M. Lyot examine la malade avec le Dr Le Guellot, le 12 février 1895 ; vagin large, utérus gros, prolabé, col éversé, kystique.

On constate dans le cul-de-sac postérieur une tumeur du volume d'une orange, repoussant l'utérus en avant et à gauche ; elle est fluctuante, non douloureuse.

Ce sont les annexes du côté droit.

En avant de l'utérus, au-dessus du pubis, une autre tumeur un peu moins volumineuse, mobile, douloureuse, dure, formée par les annexes gauches.

L'utérus s'abaisse à effleurer la vulve quand la malade est debout, *écoulement purulent* par l'orifice externe. Les lésions sont absolument torpides en ce moment.

On se décide à faire l'hystérectomie vaginale.

Le 16. — Brusquement, douleur vive ; facies grippé, gros frisson, état syncopal, poussée de péritonite subaiguë se déclare, ballonnement du ventre, fièvre 38°, etc.

Mon ami Lyot veut bien me demander mon avis dans ce cas.

Fallait-il faire d'urgence l'hystérectomie ?

Était-il préférable d'attendre avant de pratiquer l'ablation de l'utérus ?

Le lendemain, je constate les mêmes lésions que celles trouvées par Lyot. La tumeur droite prolabée était facilement accessible ; à gauche et en avant, je sens très nettement l'autre masse, mais il

m'est impossible de la délimiter à cause de la sensibilité abdominale et du tympanisme.

Nous discutons la nécessité d'intervenir immédiatement. Mais l'état général était meilleur, l'inflammation semblait rétrocéder, les vomissements s'étaient calmés, le ballonnement du ventre avait diminué, la sensibilité à la pression était moindre ; nous avions l'impression que l'inflammation s'apaisait.

Nous fûmes d'avis d'attendre, tout en nous tenant prêts à opérer dans la journée même si les accidents ne se calmaient pas.

Tout rentra dans l'ordre assez rapidement.

La malade, pendant tout ce temps jusqu'à l'opération, eut un écoulement sanguin qui ne fut pas examiné attentivement. On ne peut pas dire s'il était mélangé d'une certaine quantité de pus.

Le 1<sup>er</sup> mars, M. Lyot constate une diminution considérable du volume des deux tumeurs qui sont réduites à un paquet mollassé du volume d'un œuf.

La diminution des masses péri-utérines était si nette, que M. Lyot, au moment d'opérer, me pria d'examiner encore la malade.

Je fis la même constatation sous le chloroforme. Mais les tumeurs étaient encore volumineuses.

L'opération fut pratiquée en présence des D<sup>rs</sup> Le Guellot (de Paris) et Des Fontaines (de Bois-Colombes).

M. Lyot, que j'assistai, fit l'hystérectomie avec la plus grande facilité. Il employa la méthode de Doyen, après avoir curé la cavité utérine. Il ne s'écoula pas de liquide de la cavité abdominale. L'utérus très mobile, sectionné sur la ligne médiane antérieure, sortit hors de la vulve. On commença par poser deux pinces sur les ligaments larges, mais en respectant les trompes. Les pinces furent placées au-dessous du conduit tubaire et de haut en bas. L'utérus, détaché des ligaments larges, tomba au-dessous du périnée et resta suspendu au bassin par l'intermédiaire des trompes.

L'ovaire gauche fut attiré en avant et on posa une pince en dehors de la trompe et de l'ovaire. On répéta la même manœuvre de l'autre côté. On put avoir ainsi l'utérus en entier ouvert par le milieu et portant de chaque côté la trompe et l'ovaire.

(Ces pièces ont été présentées à la Société du IX<sup>e</sup> arrondissement de Paris).

L'utérus ouvert sur sa ligne médiane est très volumineux. Les parois sont très épaisses. La cavité utérine n'a pas moins de 8 à

9 centimètres. Le col, chroniquement enflammé, est en dégénérescence scléro-kystique.

Les trompes, longues de 25 centimètres environ, sont flexueuses, de la grosseur de l'index, et présentent à l'extérieur une série de points rétrécis et de points dilatés. La dilatation la plus large siège à la partie externe, dans les deux trompes, au niveau du pavillon. L'orifice externe de la trompe droite est fermé ; à gauche, il est ouvert, mais le pavillon semble de ce côté avoir été détaché de l'ovaire correspondant par les manœuvres opératoires. Les ovaires sont peu altérés et à peu près du volume normal. Celui du côté droit est adhérent au pavillon.

En pressant sur la trompe gauche, au niveau de la grande dilatation, on fait sortir par l'ostium uterinum, une assez grande quantité de muco-pus. Cette expérience est répétée et le liquide s'écoule chaque fois avec facilité.

On obtient le même résultat, mais avec plus de difficulté, quand on comprime entre les doigts les parois de la trompe droite. Du liquide muco-purulent vient sourdre par l'ostium uterinum du côté droit.

(Je ferai remarquer qu'on ne constata pas de trace de péri-salpingite séreuse. En outre, les trompes n'étaient nullement adhérentes sur tout leur trajet. Les tumeurs étaient donc bien formées par les annexes.)

*Conclusion.* — L'évacuation spontanée d'une salpingite kystique est donc possible. Ce fait, qui semblait démontré depuis longtemps et qui a été contesté, doit être admis définitivement. L'oblitération complète de la trompe, du côté de l'utérus, n'est pas la cause absolue de la rétention tubaire, ainsi que Landau l'a prouvé. Les recherches ultérieures n'ont fait que confirmer l'affirmation du gynécologiste berlinois.

#### *Evacuation par la dilatation et le curage.*

Mais la dilatation et le curage *peuvent-ils* amener une débâcle tubaire ? Non, répondent M. Terrillon et quelques chirurgiens.

« La dilatation, d'après M. Terrillon, aurait plutôt une tendance à aplatir les parois du canal tubaire et à en oblitérer la lumière. »

*Expérience de Delbet.* — Voici ce qu'apprend une expérience qui mérite une mention :

P. Delbet, chirurgien des hôpitaux, trouva, en faisant une autopsie, plusieurs jours après la mort, une grosse collection sanguine dans la trompe droite, et dans la trompe gauche une poche de pus. Il exerça des pressions sur les deux tumeurs dans le but de les évacuer dans la cavité utérine. Ses tentatives échouèrent. Il dilata l'utérus avec une laminaire et le lendemain on comprimait les deux tumeurs avec une force égale à celle qu'il avait déployée la veille. Du côté de l'hémato-salpinx, il n'y eut aucun changement. Du côté gauche le pus passa dans l'utérus avec une grande facilité.

Delbet répéta l'expérience pendant 5 jours et obtint les mêmes résultats. La même pression était nécessaire pour produire l'évacuation tubaire.

Des objections peuvent être faites et Delbet est le premier à le reconnaître, mais il n'en a pas moins été très frappé par ce qu'il avait constaté au cours de ses expériences.

Voici, entre autres faits, ce que j'ai observé :

*Deux cas avec M. Le Dentu.* — Une première malade, laparotomisée par un chirurgien de Paris, continuait à souffrir dans le bas-ventre. M. le professeur Le Dentu constata une tumeur sur l'un des bords de l'utérus, au niveau d'un des moignons tubaires. La pression à ce niveau était très douloureuse.

Nous pratiquâmes la dilatation de l'utérus, M. Le Dentu et moi. Au bout de quelques jours, après une énorme dilatation faite avec des lamineires et de grosses éponges, nous assistâmes à une évacuation abondante d'un liquide épais, de couleur chocolat.

Dès lors, la tumeur située sur la partie latérale de l'utérus disparut. La malade fut débarrassée de ses douleurs et la guérison se maintient depuis deux ou trois ans. Cet écoulement particulier se produisit en dehors de l'époque menstruelle.

Le deuxième fait se rapproche du précédent. Une malade de M. Le Dentu avait subi l'ablation des annexes et continuait à

souffrir au niveau de l'une des cornes utérines. La douleur était très nette en ce point. La tuméfaction était réelle, mais moins évidente que dans le cas précédent. Le même traitement fut appliqué. On obtint un résultat semblable : évacuation, disparition des douleurs, guérison.

*Collection purulente des trompes. Dilatation. Curage. Drainage avec un tube en caoutchouc. Evacuation d'une grande quantité de pus pendant plusieurs jours. Guérison.*

Une jeune femme atteinte de métrite blennorrhagique présentait les signes d'une salpingo-ovarite double. On pratiqua la dilatation utérine avec les lamineaires et ensuite avec une éponge. La matrice fut maintenue béante à l'aide de mèches de gaze iodoformée. Peu de jours après, la fièvre qui existait déjà s'accusa par une température plus élevée. La malade eut des douleurs dans le bas-ventre et quelques vomissements.

On constatait deux énormes masses situées de chaque côté de l'utérus et fluctuantes en certains points. Les symptômes généraux indiquaient qu'il existait une collection purulente. Quelques jours après l'opération, il se fit une évacuation considérable de pus par l'utérus. On plaça un gros tube de caoutchouc dans la matrice préalablement lavée à grande eau et on pressa sur les tumeurs péri-utérines. Un liquide franchement purulent sortit en notable quantité par le drain. Le tube en caoutchouc fut laissé en place pendant plus de deux semaines et on assista à de véritables débâcles salpingiennes.

Les masses péri-utérines diminuèrent pendant la durée de l'écoulement. Quand le pus cessa de couler, les masses salpingo-ovariennes étaient encore très manifestes, mais inférieures à leur volume primitif.

Plus d'un an après, je vis cette femme qui avait été alitée pendant plusieurs semaines à la suite de sa poussée aiguë. Elle avait engraisé, présentait les apparences d'une excellente santé et marchait pendant plusieurs heures sans fatigue. C'est avec peine qu'on pouvait trouver les trompes et les ovaires un peu augmentés de volume.



*Dilatation. Curage. Drainage. Amputation de Schröder. Écoulement muco-purulent par l'orifice externe du col. Hystérectomie. Trompe perméable remplie de muco-pus.*

S., âgée de 30 ans. A eu 2 grossesses, accouchements normaux. (1<sup>er</sup> enfant à l'âge de 19 ans). A 21 ans, plusieurs poussées de péritonite. Depuis cette époque, la malade éprouve des douleurs dans les reins. Menstruation douloureuse, mais non prolongée. On lui fait subir en octobre 1890 un curage utérin précédé de dilatation.

En avril 1892, dilatation large et prolongée, curage et opération de Schröder.

La malade déclare qu'elle a perdu une grande quantité de pus pendant les deux jours qui ont suivi l'opération. Depuis lors la suppuration continue par le vagin en moins grande abondance.

Je vois cette femme en août 1892. Elle souffre dans le bas-ventre spontanément et à la pression. Elle est inquiétée surtout par l'écoulement purulent qui la gêne dans l'exercice de sa profession. La malade désespère de guérir par les moyens conservateurs. Du reste, elle réclame une opération radicale. Elle a trop souffert, dit-elle, et ne veut plus recommencer la dilatation.

*Examen.* — 4 août 1892. Utérus antéfléchi. Col amputé, entr'ouvert et livrant passage à une grande quantité de muco-pus épais. On sent une masse grosse comme une petite pomme, prolabée derrière l'utérus et se prolongeant vers le côté gauche. Cette tumeur n'est pas fixée par des adhérences, elle est séparée de l'utérus et formée principalement par la trompe dilatée. On ne sent pas l'ovaire distinct de cette masse. La tumeur est principalement formée par la trompe dilatée.

A droite, l'ovaire est gros, douloureux et prolabé. La trompe est légèrement augmentée de volume.

Le diagnostic est salpingite purulente à droite. Du côté gauche ovarite avec salpingite catarrhale.

Cette malade souffrait continuellement. On se décida à faire l'hystérectomie. Je croyais à l'existence d'une salpingite purulente profluente, mais des confrères autorisés disaient qu'on trouverait une métrite *purulente* et pas de pus dans la trompe.

Je fis l'hystérectomie le 18 septembre 1892. La trompe gauche était flexueuse, nettement augmentée de volume et sa cavité dila-

tée contenait une petite quantité de muco-pus. Le conduit tubaire était entièrement perméable, jusqu'à l'ostium uterinum.

L'utérus ne renfermait pas de pus. La muqueuse utérine avait son aspect normal. Je conclus que le liquide qui s'écoulait avant l'opération provenait de la trompe gauche.

Ces exemples démontrent que, sous l'influence du traitement utérin, les liquides contenus dans la trompe s'écoulent dans l'utérus et de là dans le vagin. Je passe sous silence d'autres cas d'évacuation que j'ai constatés. M. Terrillon, en particulier, a tort d'admettre que la dilatation utérine obstrue l'ostium uterinum.

#### *Explication des engouements tubaires.*

Quand on étudie l'ostium uterinum, on voit que cet orifice si étroit est presque fermé par la disposition des plis terminaux de la trompe. Ces plis longitudinaux, réduits au nombre de 3 ou 4, se renflent au niveau de l'ostium uterinum. Un pli situé sur la paroi inférieure pénètre dans le sillon compris entre les deux plis supérieurs. Il y a donc une sorte d'emboîtement. Il faut ajouter que la présence d'une bride circulaire qui entoure l'orifice utérin de la trompe complique parfois cette disposition. Je néglige la présence de fongosités utérines qui peuvent mettre obstacle à l'écoulement des liquides.

Que suffit-il pour obstruer cet orifice étroit ? Un simple épaissement de la muqueuse amène ce résultat. Le gonflement des cellules épithéliales et le léger épaissement des tissus sous-jacents suffisent pour obturer la lumière du canal. Il y a une obstruction. La desquamation épithéliale, la nécrose des cellules et la diminution de la congestion de la muqueuse suffisent, par contre, pour rétablir la perméabilité du conduit. Ces faits ont été démontrés histologiquement par Alban Doran dans un remarquable mémoire fait en dehors de toute idée préconçue.

Au début de certaines rétentions tubaires, l'arrêt dans la progression des liquides peut donc résider simplement dans un gonflement de la muqueuse, sans qu'il y ait oblitération définitive de la lumière de la trompe, sans qu'il y ait soudure

des parois. L'obstacle passager peut siéger sur un point quelconque du trajet. C'est donc à tort qu'on a voulu séparer complètement le pyosalpinx et l'hydrosalpinx des autres salpingites. L'enkystement n'est pas toujours définitif, au début de la dilatation tubaire.

Sous l'influence combinée de la contraction musculaire des trompes, d'une tension exagérée intra-tubaire, le liquide pourra franchir soit l'ostium uterinum, soit tout autre point obstrué, surtout s'il se produit en même temps une desquamation épithéliale.

Dans certains cas la production brusque et abondante des liquides dans le canal tubaire amène, avec une surdistension des parois de la trompe, une exagération des flexuosités de cet organe. Il se produit ainsi, au niveau des angles de flexion, une oblitération passagère de la lumière de la trompe par coaptation de la muqueuse tubaire. Que la pression du liquide vienne à changer, que le liquide se résorbe partiellement, que la trompe change de position, le canal tubaire deviendra perméable par ce seul fait que la flexion sera moins aiguë dans un point déterminé. C'est ainsi que si les phénomènes de congestion s'arrêtent, si la sécrétion des liquides pathologiques se tarit, ceux-ci peuvent fluer lentement le long du canal tubaire.

## **II. Dilatation. Curage, Drainage, dans les salpingites catarrhales, purulentes, dans l'ovaro-salpingite, dans la péri-salpingite, dans la paramétrite.**

Ce serait méconnaître les indications de la méthode de Walton et en restreindre singulièrement les bienfaits si on l'appliquait seulement dans les cas de salpingite en apparence enkystée.

Des salpingites catarrhales ou purulentes, accompagnées ou non de périsalpingite ou d'inflammation ovarienne, des paramétrites, d'une façon plus générale des inflammations péri-utérines, peuvent être considérablement améliorées et même guéries par la dilatation, le curage et le drainage, alors même que la trompe n'a jamais cessé d'être perméable.

La méthode de Walton réussit surtout dans les cas où il n'y a ni enkystement, ni lésions trop profondes des trompes et des ovaires.

Avant la production de l'oblitération tubaire, on assiste à des alternatives d'obstruction et de désobstruction par épaissement ou décongestion de la muqueuse tubaire. A ce moment la dilatation, le curage, le drainage assurent mieux l'écoulement du liquide, déterminent la décongestion, la déplétion des annexes et du petit bassin, et la stérilisation des foyers infectés, soit in situ, soit à distance.

Aussi est-il indiqué d'amputer le col pour faire disparaître les glandes qui sont si souvent et si profondément enflammées. Il sera nécessaire d'enlever tous ces nids à microbes pour arrêter les processus infectieux.

On obtient, par la combinaison de ces moyens judicieusement mis en pratique, des guérisons assez nombreuses.

Du reste, M. Pozzi lui-même et M. Picqué admettent que la thérapeutique intra-utérine, le curage en particulier, a une action certaine sur les salpingites catarrhales et les péri-salpingites.

De même qu'il s'est fait une propagation du mal, dit M. Pozzi, il se fait une propagation de guérison. Mais Saintu, élève de Pozzi, ajoute délibérément et avec une certaine désinvolture : « L'expression est heureuse, mais n'explique rien et laisse la question intacte. »

Quoi qu'il en soit, il est évident que beaucoup de chirurgiens et de gynécologistes, jadis ennemis du curage dans les inflammations péri-utérines, se servent de bougies de Hégar ou d'une laminaire pour dilater l'utérus dont ils abrasent ensuite la muqueuse, dans les cas d'inflammations tubo-ovariennes, catarrhales, si l'on veut, légères, si on l'aime mieux.

En réalité, ces chirurgiens, ces gynécologistes sont des ralliés peut-être timides, peut-être même honteux, mais ils n'appliquent pas moins la méthode, sinon dans son intégralité, du moins dans sa partie essentielle, à savoir la dilatation soit

extemporanée, soit avec une laminaire, suivie d'un curage utérin et quelquefois d'un drainage.

Nombreux sont les partisans avoués ou cachés de la dilatation du curage et du drainage utérin dans la cure des ovaro-salpingites récentes.

### Echecs. Causes.

1° *Mauvaise technique.* Ceux qui ont constamment échoué dans leur tentative de dilatation ont-ils employé une bonne technique ? Je me permets d'en douter.

Terrillon écrivait : « Mais ce qui rend encore cette théorie moins admissible, c'est ce fait d'observation journalière que la dilatation de la cavité utérine pratiquée avec une laminaire, quel qu'en soit le volume, ne porte *nullement sur le fond* de l'organe. » L'exploration digitale permet de constater la réalité de ce phénomène, ajoute le même auteur.

Il est impossible d'avouer plus nettement que la dilatation est incomplète et n'a pas rempli le but que l'on se proposait.

Ce qu'il faut dilater, c'est le fond de la cavité autant et même plus que le col. On peut y parvenir avec des laminaires, mais moins bien qu'avec une éponge, comme Sims l'avait déjà constaté il y a longtemps.

On introduira donc après dilatation préalable avec des laminaires, une grosse éponge dans la cavité utérine. Il faudra se servir non pas d'éponges coniques, comme celles qu'on livre ordinairement dans les hôpitaux, mais d'éponges cylindriques. On obtiendra ainsi une dilatation uniforme de la cavité. Le fond sera ainsi dilaté, fait important. On arrivera au même résultat avec de forts dilateurs métalliques, à branches parallèles.

On peut dire que certains auteurs n'ont pas employé une technique convenable pour dilater l'utérus.

Dans d'autres cas, non seulement la dilatation est mal faite, manifestement insuffisante, mais le curage est incomplet. On laisse dans les angles, au niveau de l'ostium, des végétations nombreuses.

Le dessin que je vous présente est celui de l'utérus curé quelques jours avant l'hystérectomie. On voit des fongosités nombreuses autour de l'orifice tubaire. Il est évident que ce curage n'a pas été parfait à aucun point de vue.

Enfin on abandonne trop tôt le drainage. Les auteurs qui ont constaté des évacuations suivies de guérison ont reconnu que l'écoulement des liquides pathologiques se manifestent de préférence au moment présumé des époques menstruelles.

Aussi est-il bien de pratiquer le curage quinze jours avant les règles et de continuer la dilatation non pas seulement jusqu'à la première crise cataméniale, mais jusqu'à l'époque des secondes règles.

*2° Echees. Causes résident dans les lésions elles-mêmes.* — Le pyosalpinx qui s'est vidé spontanément ou sous l'influence du traitement ne guérit pas toujours. La collection peut se reformer et cette fois persister. La trompe elle-même altérée dans son parenchyme est souvent la cause de douleurs prolongées. Les lésions ovariennes coexistantes, les adhérences aux organes voisins, les inflammations péritubaires, péri-ovariennes, paramétritiques sont autant de causes qui mettent obstacle à la guérison symptomatique.

Il est inutile de dire que parfois la lumière de la trompe est définitivement oblitérée plus ou moins loin de l'angle tubaire. Il y a soudure des parois et quelquefois en plusieurs points. Parfois la trompe est revenue à peu près à l'état normal, et c'est l'ovaire qui est le siège d'une collection purulente, d'une inflammation scléro-kystique.

Plusieurs de ces lésions sont incurables, et même quand elles diminuent, elles engendrent encore des douleurs persistantes et incompatibles avec une vie active. Enfin, les lésions purement scléreuses, les changements dans la texture des annexes, les adhérences suffisent pour causer des douleurs continuelles et qui nécessitent une intervention alors même qu'il n'y a pas de collection liquide dans la trompe ou dans l'ovaire.

Je ne veux citer qu'un échec.

OBSERVATION.

*Dilatation. Curage. Drainage. Echec. Laparotomie. Trompe dilatée et perméable. Lésions ovariennes.*

La nommée M., âgée de 27 ans, a un premier enfant il y a 10 ans et commence à souffrir dans le ventre après son accouchement. En 1889 elle a un second enfant. Les douleurs vont en augmentant à partir de cette époque. La marche est presque impossible. Les rapports sexuels sont très douloureux. Je sou mets cette femme aux injections chaudes, au tamponnement vaginal pendant 3 ou 4 mois. Une amélioration fut constatée, mais cette jeune femme, dès qu'elle se mettait à travailler, était reprise par ses douleurs.

Le 23 novembre 1890, voici ce que je constate : utérus mobile antéfléchi ; à droite ovaire prolabé et trompe un peu grosse, accolée d'avant en arrière à la partie latérale droite de l'utérus ; à gauche, tumeur ophoro-salpingitique de la grosseur d'un très gros œuf de poule, un peu allongée, remontant dans la fosse iliaque, plutôt dure que rénitente, sans grandes bosselures, et pouvant se déplacer légèrement.

Dilatation lente avec des laminaires et plusieurs éponges. Cette dilatation est admirablement supportée. Je tamponne avec la gaze iodoformée. Je fais de nouvelles dilatations avec des bougies de Hégar et après 15 jours d'un traitement intra-utérin varié et répété, je pratique le curage, et enlève des fongosités en assez grande quantité.

Au cours du traitement il s'était écoulé plusieurs fois des matières jaunâtres.

Le 6 janvier 1891, les lésions n'avaient guère changé.

La laparotomie fut pratiquée quelques jours après.

A droite : il y avait une salpingite catarrhale assez légère. La trompe était perméable et la dilatation siégeait surtout dans la partie externe. A gauche, la trompe et l'ovaire étaient un peu adhérents au cul-de-sac de Douglas. Dans la trompe épaissie et dilatée on trouvait du muco-pus.

L'ovaire était méconnaissable, ressemblant à du tissu fibreux creusé de petites cavités pleines de liquides et séparées de la cavité tubaire.

Tout dernièrement j'ai enlevé une trompe atteinte de salpin-

gite catarrhale. La perméabilité du conduit tubaire était bien évidente. Mais l'ovaire était rempli par un liquide purulent. Il n'y avait pas communication entre cette poche et le canal tubaire.

Ces cas ne sont pas exceptionnels.

#### *Indications et contre-indications.*

Quoique j'aie établi la *possibilité* de l'évacuation des collections purulentes intra-tubaires, quoique j'aie constaté une guérison inattendue dans un cas de ce genre, je suis d'avis que la dilatation et le curage sont contre-indiqués toutes les fois que l'on porte le diagnostic de collection purulente péri-utérine (pyosalpinx, paramétrite suppurée), etc.

Il en est de même dans les cas d'hémato-salpinx, de grossesse tubaire, de salpingite tuberculeuse. L'acuité des symptômes est une contre-indication bien nette. Il ne faut pas dilater l'utérus, quand il existe des phénomènes aigus ou subaigus.

On sait combien est difficile le diagnostic de la purulence. Si, parfois, on peut affirmer l'existence du pus, il n'en est pas moins vrai de dire que souvent le clinicien le plus consommé se trompe.

Faut-il dans le cas d'une poche fluctuante vérifier l'exactitude du diagnostic, s'assurer de la qualité du liquide, avant de prendre une détermination ?

Mundé, Landau, Edebohls, pratiquent (1) une ponction par la voie vaginale, ponction qui peut être curative. S'agit-il d'une collection purulente, c'est la laparotomie ou l'hystérectomie qui est indiquée, à moins qu'on ne se borne à l'incision vaginale. Si le liquide est muqueux ou s'il est tout à fait clair et surtout aseptique, on serait autorisé à faire la dilatation.

Ces ponctions exploratrices peuvent rendre de réels services tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue thérapeutique. Je crois que si l'on constate une collection située dans le

(1) Il y a longtemps que Nonat a préconisé la ponction aspiratrice. Tenneson, depuis de nombreuses années, enfonce une aiguille de l'appareil Dieulafoy dans les collections rétro-utérines.



Douglas, si l'on soupçonne l'existence du pus, il faut s'abstenir de pratiquer la dilatation et le curage. Au contraire l'hydrosalpinx bien caractérisé, surtout intermittent, est une indication assez nette du traitement de Walton, d'autant plus que l'hydrosalpinx n'est pas toujours consécutif au pyosalpinx et que parfois les lésions de l'hydrosalpinx sont très superficielles et fort curables. Si l'on élimine ces faits de dilatation kystique des trompes, on peut se demander quels sont les cas qui doivent être soumis à la dilatation.

Il est pour ainsi dire impossible de répondre d'une façon précise à cette question.

La solution dépend de plusieurs facteurs qu'on examinera séparément. On ne se déterminera qu'après les avoir soumis à un contrôle sévère.

La salpingite catarrhale est justifiable de la dilatation. Edebohl croit qu'on peut diagnostiquer une telle lésion quand il y a coexistence d'endométrite et quand la pression sur la trompe, à un doigt ou deux de la corne utérine, réveille nettement la douleur. Il donne le conseil de dilater quand la trompe n'est ni trop volumineuse, ni trop flexueuse.

Certes l'endosalpingite peut guérir et rétrocede même spontanément, mais est-il facile de dire qu'il n'y a pas dans tel ou tel cas soit de la salpingite interstitielle, soit de la salpingite purulente, soit même une lésion ovarienne !

En cas de doute, dilatez dit Polk. Il y aura ou guérison ou amélioration. Si on échoue, il sera toujours temps d'enlever les annexes.

C'est, je crois, donner une trop large part à la dilatation.

Le volume, le siège et la mobilité de la tumeur doivent être pris en considération. Une salpingo-ovarite petite, mobile, non prolabée dans le Douglas est une lésion ordinairement curable par la dilatation et le curage.

Une grosse tumeur ovaro-salpingienne, bas située, adhérente, présentant une série de points dilatés et rétrécis, des flexuosi-

tés marquées (1), a des chances peu considérables de guérison par la méthode de Walton, surtout si l'inflammation péri-utérine s'accompagne d'une rétro-déviatiion difficilement mobilisable.

Entre ces deux variétés de tumeurs se trouvent beaucoup de cas intermédiaires. Il n'est pas aisé de différencier les lésions qui sont susceptibles de rétrocession, de celles qui ne céderont pas aux moyens conservateurs.

On doit faire entrer en ligne de compte dans l'étude des indications opératoires la date du début des accidents.

Des lésions récentes guérissent aisément et doivent être soumises à la dilatation, si toutefois il n'y a pas de pus.

Les ovaro-salpingites de date ancienne et qui donnent lieu à des accidents à répétition sont justifiables d'une opération radicale.

Est-il nécessaire de dire que l'âge des malades sera pris en sérieuse considération ? On sera naturellement porté à appliquer de préférence et à moins de contre-indication marquée la méthode conservatrice, quand la patiente est toute jeune. Au contraire, une femme qui a dépassé la quarantaine sera plus rapidement justifiable du bistouri.

Contrairement à ce qu'a avancé Doléris, je pense qu'on ne peut négliger l'élément « temps ». La dilatation et le curage seront plus facilement applicables dans la clientèle de ville que dans celle des hôpitaux. Les femmes pauvres ne peuvent, sans de graves inconvénients, perdre de longs mois à l'hôpital. Cette considération n'a rien d'absolu, mais il ne faut pas oublier que certaines malades sont des soutiens de famille et qu'elles doivent subvenir le plus vite possible aux besoins matériels de la vie de plusieurs êtres en bas âge.

Enfin, un dernier facteur n'est pas sans exercer une influence sérieuse sur le choix du traitement.

(1) C'est l'indice de l'inflammation d'une trompe infantile. On sait le pronostic sévère que Freund porte dans ces cas. Il n'y a pas de tendance à la guérison. Ces trompes infantiles se trouvent chez des sujets qui ont le type infantile : étroitesse du bassin qui est peu incurvé, colonne vertébrale et sacrum presque rectiligne. Vagin, utérus et seins peu développés.

Quelques femmes désirent guérir tout en conservant l'intégrité de leurs organes. Elles déclarent qu'elles subiront tous les traitements imaginables, pourvu qu'on leur laisse la possibilité et l'espoir d'avoir un enfant.

La dilatation et le curage s'imposent dans ces cas, à moins de contre-indications bien nettes.

#### RÉSULTAT.

Quand réussira-t-on ? Quand échouera-t-on ? Dans quelle proportion a-t-on des succès ?

Il est difficile de le dire. Il est certain que le traitement intrautérin combiné ou non à l'amputation du col réussit dans un certain nombre de cas.

On assiste rarement à la disparition totale des lésions. La guérison symptomatique est obtenue en même temps qu'on constate une diminution très manifeste des ovaro-salpingites.

J'estime qu'on échoue dans plus de la moitié des cas et que l'on est obligé de recourir en dernier lieu à la laparotomie ou à l'hystérectomie.

Mais il ne faut pas désespérer trop tôt.

L'histoire de mes deux dernières malades est intéressante. Toutes deux désiraient vivement avoir des enfants. Chez l'une, cette éventualité me semblait réalisable, quoique difficilement. Chez l'autre, comme on le verra, les chances de conception étaient bien minimes. Ces deux femmes ont accouché heureusement.

*Hydrosalpinx intermittente gauche. Salpingo-ovarite légère droite. Expectation. Saison aux eaux. Injections chaudes, tampons glycinés. Très grande amélioration. Rechute. 2 ans après, dilatation lente, curage, opération de Schröder. Périnéoplastie. Guérison. Accouchement consécutif. Guérison complète se maintient depuis 2 ans 1/2.*

Mme X..., âgée de 23 ans, accouche le 26 avril 1888. Accidents puerpéraux les plus graves. La malade reste entre la vie et la mort pendant plusieurs jours.

A partir de ce moment, pesanteur dans le bas-ventre et les reins. Irrégularité de la menstruation qui dure 8, 10, 15 jours.

En janvier 1890, dysenterie qui guérit assez vite, mais augmentation des douleurs dans les reins et dans le ventre, après la complète disparition de la dysenterie.

Un jour, poussée de douleurs vives dans le bas-ventre.

A partir de ce moment, douleurs spontanées plus marquées, impossibilité de monter et de se tenir debout sans souffrances.

Perte subite d'eau par le vagin.

Examen en août 1890. Métrite du corps. Cervicite. Utérus antéfléchi et repoussé en haut et en avant. Quand on le refoule en arrière, la pression donne lieu à une vive douleur. A gauche, siège ordinaire des douleurs spontanées, poche lisse, élastique, renitente, tendue, du volume d'une mandarine et assez haut située. Hydrosalpinx. A droite masse du volume d'un gros œuf assez dur, bosselé, situé à la limite du Douglas. Trompe et ovaire augmentés de volume. Ovaro-salpingite légère.

L'examen est assez facile.

Le mari, homme fort intelligent, m'écrivit à la date du 26 août 1890, la lettre suivante qui est suggestive :

« Je désire que ma femme conserve l'intégrité de ses organes sexuels. Il va sans dire que je vous laisse juge non seulement de l'application des pansements, mais encore de l'opportunité des opérations conservatrices que vous croirez nécessaires. Cela n'est pas mon affaire. Vous vous adjoindrez pour cela, si vous le croyez nécessaire, tous les médecins et chirurgiens que vous choisirez. Je vous prie de tenter comme vous en avez l'intention, tous les moyens de thérapeutique ordinaires et d'épuiser s'il le faut la série des remèdes et soins jusqu'aujourd'hui connus ; mais opposez-vous à toute castration, quelle que soit la célébrité qui aura proposé ce moyen radical. »

Voici la lettre que j'adressais le 9 août 1890 au docteur Puist.....

(«..... Elle a quitté son mari, son enfant et se trouve à Paris dans l'unique but de se faire soigner. Elle est la fille d'un de mes amis. J'ai donc la responsabilité entière d'une cure qui se présente dans des conditions peu favorables, car Mme X... a non seulement de la métrite, et une antéflexion, mais encore elle porte : 1° à gauche, une poche du volume d'une mandarine. C'est

probablement un hydrosalpinx qui se vide de temps à autre ; 2° à droite une masse plus dure formée par la réunion de la trompe et de l'ovaire augmentés de volume.

Il est évident que bien des chirurgiens opéreraient cette malade immédiatement. Je n'entends pas qu'il en soit ainsi. Je pense qu'un séjour aux eaux est indiqué. Le bon résultat que vous avez obtenu de l'usage des eaux chez Mme Y... m'engage à vous envoyer Mme X... Sera-t-elle aussi favorisée ? Il ne faut pas trop l'espérer, mais enfin il faut tenter l'essai, etc. »

A son retour des eaux, amélioration des plus nettes. Le côté droit n'est plus sensible à la pression. L'ovaire est un peu gros, mais difficile à trouver. L'utérus n'est plus refoulé en avant et en haut. Il est bien mobile, non douloureux, quand on le repousse. A gauche, la poche liquide est moins tendue, moins volumineuse. La jeune femme va tout à fait bien. Elle prend des injections antiseptiques chaudes. Quelques jours après son arrivée à Paris, elle a une perte séreuse très abondante et subite. Je l'examine et ne trouve plus la tumeur gauche. L'hydrosalpinx s'est vidé ; à droite même état.

La situation était très satisfaisante. L'état général bon. Les douleurs ou pesanteurs avaient disparu ; la malade désirait s'en retourner chez elle. Une consultation fut provoquée. L'avis fut qu'il n'y avait pas lieu de faire une opération.

La malade retourne chez elle. Je fais savoir au mari qu'il y avait lieu de craindre une rechute.

Deux mois après, fatigue dans le bas-ventre ; tiraillement du côté gauche, douleurs dans les reins. Irrégularité dans la menstruation. « Les pertes d'eau se renouvellent assez souvent. Quelquefois, en s'asseyant elle se plaint d'une sensation de refoulement. Elle souffre presque constamment. »

L'état ne fit qu'empirer.

La malade, très fatiguée, souffrant beaucoup, revient à Paris au printemps de l'année 1892.

Etat local moins bon que celui constaté il y a deux ans. Endométrite. Col kystique.

Utérus antéfléchi, antéposition ; à gauche salpingite kystique, la masse me semble plus grosse, la paroi kystique plus épaisse. A droite, ovaro-salpingite ayant augmenté de volume, mais pas d'une façon considérable. Périnée déchiré.

Voici la lettre datée du 14 juin 1892, que je reçus du mari :

« Les renseignements que vous me donnez sur l'état de ma femme sont loin d'être consolants. Elle guérira, dites-vous ; mais vous paraissez craindre qu'on ne soit obligé d'arriver à l'extirpation des annexes. Je tâche d'envisager froidement cette éventualité, et de me faire à cette idée, mais, je vous l'avoue, je n'ai pas encore pu y réussir.

D'ailleurs, la castration *double* est la seule chose que je redoute, et je n'éprouverais pas la même répugnance à voir ma femme subir la laparotomie si elle devait conserver intacts l'ovaire et la trompe d'un côté. Faites tout ce qu'il faut pour la guérir, c'est ce que je désire avant tout. Je vous prie seulement de *tout tenter* pour lui éviter une *mutilation* ».

Il y avait lieu de tenir compte de ces recommandations, d'autant plus que la malade partageait absolument les idées de son mari. Le jeune couple qui avait déjà un enfant désirait une nombreuse progéniture.

L'état local est moins bon qu'en août 1890. Utérus antéfléchi et en antéposition, métrite.

Le traitement consiste en une dilatation lente, prolongée avec des lamineuses, des éponges, des gazes iodoformées.

Enfin, en août 1892, je fis le curage, l'amputation du col et une petite périnéoplastie, après un mois environ de dilatation. Sous le chloroforme, je constatais que le côté gauche était à peu près normal et qu'à droite on sentait l'ovaire et la trompe à peine augmentées de volume. Je continuais à faire l'antisepsie vaginale et intra-utérine pendant un mois.

Guérison complète. Plus de douleurs, de pesanteurs dans le ventre. La malade se trouve admirablement bien. Peu de mois après son retour dans son pays, elle devenait grosse et accouchait à terme très aisément d'une petite fille.

J'ai des nouvelles récentes (1895) et excellentes. La jeune femme ne souffre plus et se porte à merveille. La guérison se maintient depuis 2 ans 1/2.

#### *Autre observation.*

Mme V., âgée de 33 ans, accouchée en 1878. Fatigue dans le bas-ventre, à la suite de ses couches. En 1884, métrite qui met la malade dans l'obligation de garder le lit pendant un mois.

Puis douleurs dans le bas-ventre, gêne pendant la marche. On cautérise la matrice au fer rouge. Hémorrhagie abondante prolongée, s'alite encore pendant un mois.

En 1889, douleurs dans le bas-ventre et les reins, métrite. Rétroversion, salpingo-ovarite double. Je la dilate à la laminaire, avec des éponges. Curage et amputation du col, amélioration. Les règles étaient très peu abondantes.

En 1892, lourdeur, pesanteur dans le bas-ventre, douleur dans les reins, marche pénible. Les règles ne reviennent pour ainsi dire pas. Le sang apparaît pendant une demi-heure chaque mois. Le liquide coloré, coule en petite abondance, à ce point que la malade ne prend pas la peine de se garnir.

Salpingo-ovarite double plus marquée à gauche. Masses assez dures, du volume d'un gros œuf à gauche, d'une noix à droite.

Cystocèle marquée. Abaissement de l'utérus et rétroversion douloureuse.

En mai 1892, je dilate l'utérus sous le chloroforme et je cure les angles utérins.

Même état. Alternatives d'amélioration et d'aggravation. Le port d'un pessaire la soulage, mais la miction est gênée et le pessaire l'incommode. Douleurs continuelles dans les reins et le bas-ventre.

Elle prend actuellement des injections chaudes.

Les annexes sont toujours douloureuses. Je reçois souvent la visite de la malade qui désire beaucoup un enfant.

Je lui disais que la chose était possible mais fort peu probable.

En 1894, la malade commence à perdre tout espoir et elle était acculée à la nécessité d'une opération. J'avais parlé d'une intervention radicale et il était presque convenu qu'elle aurait lieu quelques mois plus tard. Depuis 4 ans nous avons patienté.

Dans le courant de 1894, cette malade devint enceinte et elle vient d'accoucher à terme.

#### APPRÉCIATION.

Malgré les beaux succès que j'ai parfois obtenus, je dois reconnaître sincèrement que la dilatation, le curage, le drainage utérin, les lavages de la cavité utérine, constituent un traitement de longue haleine, ennuyeux pour le gynécologue, sou-

vent douloureux, mal supporté par les patientes et incertain dans ses résultats.

L'insuccès ou un résultat incomplet décourage les malades qui parfois ne pardonnent guère à l'opérateur les souffrances qu'elles ont endurées.

Dans certains cas, il faut que la patiente soit soutenue durant tout le traitement par le ferme désir d'avoir un enfant pour qu'elle consente à subir les manœuvres nécessaires.

Je n'insiste pas sur les avantages de la méthode. Ils ressortent des observations que j'ai présentées et ils sont trop évidents pour qu'il soit nécessaire de les proclamer.

#### DANGERS.

Dire que l'opération est absolument sans danger, serait une exagération. Des poussées inflammatoires se montrent de temps à autre à la suite du curage et de la dilatation. On a observé des cas de mort. Tel est celui publié par Rochet. Raffray cite un autre fait semblable mais sans donner l'observation, sans faire connaître le nom du chirurgien qui a opéré. J'ai publié un cas de mort après dilatation prolongée et curage. Les accidents n'ont débuté que 5 jours après l'abrasion de la muqueuse utérine.

Toute la longue période de dilatation préalable avec les lamineuses, les éponges n'avait donné lieu à aucun accident. J'ai fourni les raisons qui me faisaient croire que l'opération n'avait pas été la cause de la péritonite.

Je pense qu'il y a eu coïncidence et que l'observation que j'ai publiée se rapproche de celle de Récamier. Le célèbre médecin devait pratiquer l'abrasion de la muqueuse utérine, quand il constata que sa malade avait une inflammation péri-utérine. Il se garda d'opérer. Cette femme mourut peu de jours après de péritonite. Quelle conclusion aurait-on tiré si Récamier avait curé l'utérus ?

J'accorde que l'interprétation que j'ai donnée peut être discutée, mais ma conviction est bien sincère et bien nette.

Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que la mort a été



observée après la dilatation et le curage. Ces faits existent mais sont très exceptionnels.

Tous ceux qui curent l'utérus pour des lésions annexielles légères, catarrhales — et ils sont nombreux — sont exposés par suite d'une erreur de diagnostic à enlever la muqueuse utérine dans un cas de salpingite purulente ou de pyosalpinx, alors qu'ils croyaient à l'existence d'une simple inflammation catarrhale.

Je ne pratiquerai pas systématiquement la dilatation, le curage et le drainage de l'utérus, quand il existe du pus dans le bassin, mais il ne faut pas condamner la méthode parce qu'on a relevé quelques faits malheureux à son passif.

Si on érigeait en principe cette façon de juger, il faudrait bannir l'injection intra-utérine de la thérapeutique gynécologique, même quand il n'y a aucune lésion autour de l'utérus, car la mort est survenue plusieurs fois dans ces conditions.

MODIFICATIONS APPORTÉES A LA TECHNIQUE. — DILATATION EXTÉMPORANÉE. — CURAGE ET DRAINAGE DANS LA MÊME SÉANCE. — INJECTIONS INTRA-UTÉRINES QUOTIDIENNES.

Il est constant que la dilatation lente, progressive avec des lamineuses et des éponges est souvent très mal supportée par les patientes. Parfois les douleurs sont atroces. Ordinairement, les souffrances sont vives au moment de l'introduction et de l'extraction des lamineuses ou des éponges et continuent pendant le reste de la journée. La période de dilatation est, en somme, très pénible. Dans certains cas il faut faire acte d'autorité pour que les malades consentent à continuer le traitement préparatoire.

J'ai pensé qu'il était bon de supprimer cette période de dilatation pré-opératoire.

Je propose de dilater la matrice pendant le sommeil anesthésique, avec des dilateurs métalliques à deux *branches parallèles* et en particulier avec le puissant instrument que M. Collin a bien voulu construire sur mes indications. Une vis à écrou

permet d'obtenir avec lenteur, prudence et sécurité une dilatation graduée, progressive de la cavité cervico-corporéale.

On imprime un quart de tour au volant de la vis et on s'arrête. L'opérateur devra s'arrêter 16 fois pour obtenir une dilatation utérine correspondant à un centimètre. Chaque quart de tour écarte les deux branches de 7 dixièmes de millimètre environ.

Avec un peu d'expérience, on peut dilater très largement et sans danger, un utérus dont la cavité était assez étroite.

Tout l'utérus est largement ouvert, le fond autant que le col.

On pratique immédiatement le curage et on a soin de bien nettoyer les angles. On fait un lavage intra-utérin et on met une gaze iodoformée dans la cavité utérine. Tous les jours, on pratique une irrigation aseptique dans la matrice et on y met ensuite une gaze antiseptique.

En somme, c'est la pratique de Walton qui lui a donné des succès nombreux.

L'avantage, comme je l'ai dit, est de supprimer le temps qui précède le curage, temps consacré à la dilatation lente de l'utérus, temps si pénible pour les malades.

M. CHARPENTIER. — Je suis très étonné que M. Pichevin se soit vu obligé de discuter aussi longuement la possibilité de l'évacuation des trompes par l'utérus. Il n'est pas un de nous qui n'en ait vu se vider ainsi spontanément. Quant à cette évacuation à la suite de la dilatation, je citerai le cas d'une jeune femme chez laquelle je l'ai vu se produire quatre fois à la suite de quatre dilatations prolongées de l'utérus.

M. NITOT. — Toutes les tumeurs que l'on peut rencontrer sur la partie latérale d'un utérus malade atteint d'endométrite ne sont pas toujours totalement des collections intra-tubaires liquides contenant du sang, du pus ou du liquide séreux susceptible ou non de s'évacuer dans la cavité utérine par l'ostium utérinum.

Bien souvent ces tumeurs sont constituées par un véritable œdème inflammatoire pérutubaire que M. Pozzi a voulu dési-

gner sous le nom de périméto-salpingite. On comprend facilement comment ces tumeurs inflammatoires de date récente sont susceptibles de se réduire et de disparaître par un traitement de dilatation utérine bien conduite, ou simplement par un traitement médical consistant en repos absolu, balnéation vaginale et irrigation rectale chaude ; c'est ce que j'ai pu observer dans bien des cas.

Je voulais attirer l'attention de mes collègues sur cette erreur possible d'interprétation, car ce sont ces tumeurs inflammatoires très fréquentes qui disparaissent le plus facilement. Je dirai, enfin, que, de ce qu'une trompe se vide dans l'utérus par le fait d'une ou de plusieurs dilatations, cela ne veut pas dire que la trompe dont l'épithélium est malade ainsi que les tissus sous-jacents soit guérie.

M. FOURNEL. — Je ferai observer à M. Pichevin que les cas qu'il cite comme favorables à la théorie de l'évacuation du contenu tubaire dans l'utérus, il n'a pu les observer que parce qu'on a été forcé de faire l'hystérectomie ; ceci prouve donc que la dilatation n'a pas guéri même les malades dont l'ostium uterinum était perméable. A fortiori ne guérirait-elle pas les cas moins favorables. Si maintenant il vient nous dire que dans le cas où la dilatation n'a pas réussi, c'est qu'on n'a pas su dilater, toute discussion devient impossible. En terminant nous constatons avec plaisir qu'il a renoncé à la dilatation dans les suppurations péri-utérines ou annexielles.

M. LABUSQUIÈRE. — M. Pichevin n'a-t-il pas lu un travail d'Olshausen, qui cite plusieurs cas de mort qu'il attribue à la dilatation.

M. PICHEVIN. — J'étais persuadé que M. Charpentier ne mettait pas en doute la possibilité de l'écoulement spontané des liquides contenus dans la trompe. M. Terrillon semblait nier la possibilité de l'évacuation d'un pyosalpinx parce que « l'obstruction complète des deux orifices de la trompe constitue la cause absolue de cette rétention ». J'ai ajouté que

Sutton, dont l'ouvrage fait autorité, professait une opinion analogue. Je vous ai rapporté l'opinion de M. Pozzi qui considère comme purement théorique l'espoir de faire évacuer une collection tubaire. M. Charpentier estime que ces écoulements spontanés ou provoqués sont indiscutables. Je suis de son avis. Mais de nombreux chirurgiens et quelques gynécologistes français et étrangers ne partagent pas cette manière de voir.

M. Labusquière n'est pas partisan de la dilatation extemporanée. Il me demande si je connais le cas de perforation rapporté par Olshausen. Dans un travail qui a dû paraître ou qui va bientôt paraître dans le journal dont M. Labusquière est le secrétaire, j'ai fait connaître les accidents du curage et j'ai rapporté l'opinion d'Olshausen. Je sais que le professeur de gynécologie de Berlin a observé des perforations utérines. Mais c'est H. Kelly qui le premier paraît avoir attiré l'attention sur les perforations causées par les dilateurs utérins. M. Auvar d a publié une note sur cette question et estime que le dilateur cause la perforation utérine plus souvent que la curette. Cette opinion ne m'a pas semblé exacte, d'après les renseignements que j'ai pu recueillir dans la littérature. Mais M. Auvar d a dit avec raison que le dilateur de Sims, à trois branches, celui dont on se sert d'habitude, est un instrument dangereux. En effet, les trois branches divergent et les extrémités assez aiguës menacent la paroi utérine.

Dans les cas de perforation utérine causée par le dilateur j'ai presque toujours trouvé la cause de l'accident. L'opérateur déclarait qu'il s'était servi d'un instrument défectueux. Parfois il avouait qu'il n'avait pas été prudent, qu'il avait agi avec une certaine brutalité.

On se sert généralement du dilateur à 3 branches de Sims et l'on produit la dilatation en serrant avec force l'instrument entre les mains. Il n'y a pas de vis pour graduer la force dilatatrice. C'est en agissant ainsi qu'on peut perforer l'utérus.

M. Nitot a observé une solution de continuité pendant qu'il manœuvrait avec un dilateur. Mais il avait employé un dila-

tateur de Sims, il ne s'était pas servi d'une vis dilatatrice pour écarter les branches de l'instrument, et enfin il a pratiqué la dilatation après le curage utérin, alors que la paroi de la matrice était affaiblie par la perte de la muqueuse. Ce sont des conditions un peu spéciales qui expliquent la production de la perforation.

J'ai eu soin de proclamer la nécessité d'employer des dilateurs à deux branches bien parallèles et de dire qu'il fallait obtenir une dilatation très lente, prudente, graduée, à l'aide d'une vis qui permettra en même temps de bien se rendre compte de la résistance opposée par l'utérus.

M. Nitot m'objecte que l'évacuation d'une collection purulente ne signifie pas guérison. Nous sommes absolument d'accord. J'ai dit qu'il y avait 50 % d'insuccès. Ces insuccès sont dus aux lésions elles-mêmes. Je m'aperçois que j'ai omis de développer ce point, mais je puis vous lire une page entière de mon manuscrit consacrée aux échecs causés par l'incurabilité des lésions péri-utérines.

M. Fournel vient de m'argumenter d'une façon peu heureuse, comme il l'avait déjà fait à la Société du IX<sup>e</sup> arrondissement, au sujet d'une présentation d'un utérus enlevé par hystérectomie.

M. Fournel n'assistait pas à la séance au cours de laquelle j'avais fait ma présentation qui avait été suivie d'une discussion. Un mois après, mon honorable confrère, sans attendre la publication du procès-verbal, sans qu'il eût pu lire aucun compte rendu, se livrait à une savante argumentation sur ma communication. Il rapportait inexactement les faits que j'avais cités et me prêtait des opinions que je n'avais pas émises. M. Fournel a répondu le 11 avril 1895 (*Journal de médecine de Paris*, p. 250) à ma communication qu'il n'avait pas entendue et qui n'a paru que trois jours après, le 14 avril 1895, (dans le *Journal de médecine de Paris*, p. 235.)

Aujourd'hui, M. Fournel a pu m'entendre, et cependant il fait encore erreur, quand il dit que je n'ai cité que des exemples de femmes ayant subi l'hystérectomie ou la laparotomie.

Jamais je n'aurais constaté de guérison par la thérapeutique intra-utérine.

M. Fournel n'a pas porté une attention suffisante à ma communication. J'ai cité (page 5 (B)) le cas d'une femme qui avait été dilatée et curée et qui avait eu une véritable débâcle purulente par l'orifice externe, débâcle prolongée et qui avait nécessité l'introduction d'un drain dans la cavité utérine. Cette malade avait le petit bassin rempli par des masses inflammatoires. La situation de cette femme s'améliora lentement et je fus étonné un an après, de ne trouver que des lésions insignifiantes autour de l'utérus. Cette femme ne souffrait plus, elle marchait aisément, elle était guérie. J'ai même ajouté que c'était le seul cas bien net de guérison constaté par moi après l'évacuation d'une quantité considérable de pus par l'orifice externe de l'utérus.

M. Labusquière, entre autres, peut attester que je n'ai pas oublié de citer ce fait. J'ai ajouté que je demandais la permission de publier dans nos bulletins deux exemples remarquables de guérison et de grossesse, après le traitement intra-utérin.

M. Fournel, qui me prête gratuitement des opinions que je n'ai pas émises, et que je n'ai pas consignées par écrit, déclare que j'ai pu produire des fausses routes en vérifiant la perméabilité du trajet tubaire.

Quand la trompe dilatée a été enlevée par laparotomie ou par hystérectomie, je me contente de presser sur l'organe pour obtenir l'évacuation du liquide pathologique. Quand je constate ce résultat, j'en conclus que le trajet tubaire est perméable.

J'ai vérifié, dans certains cas, la perméabilité de la portion utérine de la trompe enlevée par hystérectomie.

Pour ce faire, j'ai l'habitude d'introduire de dehors en dedans un crin de Florence que je pousse avec précaution.

Quand le crin sort par l'ostium uterinum sans avoir rencontré aucun obstacle appréciable, je crois que le trajet utérin de la trompe n'est pas obstrué. Je vérifie en fendant l'utérus le long du canal et en pénétrant dans la lumière tubaire. Voilà la pratique que je suis.

**D<sup>r</sup> B. NARICH (de Smyrne) : Un cas d'évolution artificielle très difficile dans un utérus à cloison. Dans les cas d'évolution artificielle très difficile un instrument spécial est-il nécessaire pour saisir le pied et tirer méthodiquement ?**

Par une nuit de février de cette année, je suis appelé à 2 heures du matin pour délivrer une femme malheureuse habitant une baraque battue par tous les vents. Elle possède un mauvais lit où je la place en travers après l'avoir examinée. Son *embonpoint* est très prononcé. Secondipare, elle accoucha naturellement par le sommet de son premier enfant.

Je trouve une longue portion du cordon hors de la vulve, froid et sans battements. Cela n'étant pas un signe absolu de mort pour le fœtus, j'ausculte et trouve l'absence totale des bruits du cœur. Du reste, la sage-femme qui l'assiste avoue que le cordon est ainsi dehors depuis plus d'une demi-heure. Le travail s'est déclaré la veille à 4 heures du soir et les membranes se seraient rompues spontanément à minuit. A cause de l'*embonpoint* le palper, avec une auscultation négative, m'est peu utile.

Au toucher, je ne rencontre aucune trace de membre plongeant dans le petit bassin. Le cordon longe exactement la paroi antérieure de l'utérus. Présument que le ventre et par suite les pieds sont en avant (et en réalité c'était ainsi) je dirige la main le long de la paroi antérieure de l'utérus pour saisir un pied ; mais le bras ne progresse pas assez haut dans cette région, la situation de la femme sur le dos y mettant obstacle. Pour cette raison, je retire la main et la réintroduis cette fois en arrière, le long du dos du fœtus ; tout cela se fait aisément, car le col est dilaté et largement dilatable. Au fond de l'utérus, je contourne le siège autant que possible et je tâche d'arriver aux pieds, mais en vain.

Pendant que ma main avançait de bas en haut, sa face dorsale dirigée en arrière sentait le rebord net d'une *cloison* qui divisait très incomplètement en deux la cavité utérine. Cette cloison, minime vers le bas, augmentait progressivement de largeur vers le fond utérin. De cette manière, elle simulait la forme d'une demi-lune très allongée, fixée par son bord convexe à la face

interne de l'utérus, sa plus grande largeur, peut-être de huit centimètres, répondant au fond de l'organe. Pendant les contractions, le bord libre de cette cloison ou *septum* se tendait au point de paraître tranchant. J'étais donc en présence d'un utérus dit *sub-septus* ou *semi-partitus*, sans être nullement certain que cette malformation soit pour quelque chose dans les difficultés opératoires que je vais décrire.

N'ayant pu saisir un pied malgré l'introduction de ma main en arrière du fœtus, je retire celle-ci et l'introduis de nouveau en avant, mais cette fois après avoir placé la femme dans le décubitus latéral.

De la sorte, je puis saisir un pied sans difficulté et le dirige prudemment en bas vers le détroit supérieur.

*Les difficultés* pour imprimer au fœtus son *évolution* en tirant méthodiquement sur le pied saisi, sont énormes, presque insurmontables.

D'abord le pied, après avoir atteint et légèrement dépassé le détroit supérieur, ne progresse plus dans le vagin. Ce n'est sans doute pas la fesse, opposée au pied saisi, qui butterait quelque part, car le siège du fœtus est encore bien au-dessus de l'aire du détroit. Peut-être eussé-je facilité l'évolution en allant à la recherche du second pied pour en tenir deux. Mais il eût fallu lâcher le pied récalcitrant qui tendait à remonter comme un ressort, quitter les organes, replacer la femme latéralement, et cela sans chloroforme, ni aides sérieux et courageux. Je pensai donc en cette occasion... « qu'un tiens vaut mieux que deux tu l'auras ».

Le pied étant encore très haut dans le vagin, la direction des tractions n'a sans doute pas grande influence ; du reste, à cette profondeur, peut-on bien les diriger à volonté ? Je continue donc à tirer directement en bas, et autant que possible en avant comme cela se conseille « d'une manière générale » (1). Pendant ces tractions, que j'interromps à la fin de chaque contraction utérine, je me rends nettement compte des tâtonnements qu'il faudrait et des difficultés insurmontables qu'il y aurait à essayer d'appliquer sur ce pied fuyant, et au moyen des *instruments* connus, un nœud de lacs pour tirer sur ce dernier seul ou en y ajoutant avec l'autre main, pour exécuter la « double manœuvre », le refoule-

(1) CHARPENTIER. Traité, t. II, p. 641.



ment vers le haut de la tête fœtale. Je sens, de plus, que j'éprouverais les mêmes difficultés à y diriger le lacs au moyen du procédé *manuel* ; du reste, ceux qui décrivent ce dernier procédé comme étant le meilleur, disons le moins mauvais, énumèrent les motifs pour lesquels il échoue et disent avec raison... « malheureusement, ce procédé très simple en théorie est beaucoup plus difficile en pratique » (1). Je le crois encore plus impraticable dans mon cas qui est un des plus difficiles que l'on puisse rencontrer.

Je persiste, par conséquent, dans mes tractions fortes, mais lentes, continues et avec interruptions. Après une grande fatigue, doublée de l'ennui que me procure l'entourage qui, dans son ignorance, me supplie et me presse d'employer « les fers », je parviens à attirer hors de la vulve le pied seul, et *seulement jusqu'à la cheville* !

Quelles difficultés encore pour maintenir là ce pied qui veut rentrer, et pour l'attacher avec un lacs au milieu des lèvres épaisses d'une femme obèse ! Essais infructueux de passer un nœud coulant ; et je travaille à la clarté blafarde d'une bougie, et d'une veilleuse que nous devons à la *charité* d'un voisin. En désespoir de cause je me décide à faire faire par le mari un nœud ordinaire, pendant que j'essaie de maintenir la cheville hors de la vulve et d'écarter une petite lèvre prise un moment dans le nœud. Enfin, ce dernier est formé et, pour le fixer solidement au-dessus de la cheville, condition *sine qua non*, je dis au mari de serrer. Mais le mari serre un peu trop et l'un des chefs du lacs, lacs en laine plié en double, se casse au ras du nœud. Celui-ci, pourtant, étant mouillé, ne se relâche point, ce qui me permet de tirer d'une main sur le chef qui reste et de l'autre sur le pied.

Heureusement, je sens que l'évolution se produit enfin et se complète, toujours cependant à grand'peine.

Le reste finit bien : manœuvre de Mauriceau ; délivrance naturelle ; antisepsie expliquée et recommandée à la sage-femme ; pendant que j'examine l'enfant, qui est bien mort, le placenta est vite jeté aux fosses d'aisances par des assistantes trop empressées de se réjouir de la fin de l'histoire. Suites de couches normales comme me l'ont appris le mari et la sage-femme.

(1) CARPENTIER. Traité, t. II, p. 656.

RÉFLEXIONS. — Je suis incapable d'indiquer la vraie cause des difficultés de l'évolution dans ce cas particulier ; difficultés que les auteurs énumèrent dans les traités. De même j'ignore si la cloison qui constituait l'anomalie utérine a contribué à l'obstacle, et si oui, dans quelle mesure. Mais ce dont je suis certain, c'est qu'en cette circonstance j'ai vivement senti la nécessité d'un nouvel instrument conçu de manière à saisir, *aisément, solidement* et sans lui nuire, le pied récalcitrant, au-dessus de la cheville, afin de pratiquer des tractions méthodiques et efficaces.

Un tel instrument pourrait servir même lorsque les difficultés ne commencent qu'après l'apparition du pied à la vulve ; et son utilité paraîtrait plus grande encore si, en même temps que l'obstacle à l'évolution, se présentait par coïncidence (tout étant possible en clinique) l'indication d'intervenir et de terminer d'urgence dans un intérêt déterminé.

Dans la séance de mai 1894 de la Société Obstétricale, M. Porak a présenté, de la part de M. le Dr Van Haaften, un instrument dont les Bulletins donnent la gravure, une sorte de petit forceps pour saisir le pied, instrument encore imparfait peut-être, mais tendant à remplir le but visé.

Nous objectera-t-on que la rareté des cas d'évolution difficile ne légitimerait pas l'existence d'un instrument spécial ?

**M. SIGUIER : Maladie de Basedow, débutant dans le cours d'une grossesse chez une primipare.**

Amélie R. . . , âgée de 22 ans, tapissière. La grossesse et l'accouchement s'étant passée d'une façon normale, nous n'insisterons pas sur ce point.

*A. H. Antécédents héréditaires.* — Rien dans les antécédents héréditaires. Au point de vue nerveux, la malade semble exempte de toute tare héréditaire. Toutefois, il est bon d'ajouter que les renseignements qu'elle donne sur sa famille sont très brefs et peu précis.

*A. P.* — Le 7 novembre 1894, elle vient consulter à la Charité.

C'est seulement quelques jours avant de venir à l'hôpital pour sa grossesse qu'elle s'est aperçue que son cou grossissait.

Elle n'avait jamais eu d'étouffements, ni de crises nerveuses. Elle ne dit pas avoir eu de violentes émotions : quelques colères, mais sans importance.

Dès cette époque, huit jours après, affirme la malade, l'exophtalmie commence : elle est accompagnée de troubles de la vue : amaurose, diplopie, dyschromatopsie. A tel point que la malade, qui était tapissière, a dû cesser pendant quelque temps son métier : elle ne distinguait plus suffisamment les couleurs.

A cette période aussi elle éprouve les phénomènes de « dérobement des jambes ».

Pas de diarrhée.

Quelques palpitations cardiaques.

*Etat actuel. Goître.* — L'hypertrophie semble porter surtout sur les lobes latéraux : peut-être est-elle plus accentuée à droite.

On ne sent pas de thrill, ni de souffle.

*Exophtalmie.* — De moyenne intensité, double, égale des deux côtés. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. L'acuité visuelle est normale. Pas de signe de de Graeffe : les paupières suivent bien les mouvements des globes oculaires.

Pas de rétrécissement du champ visuel. Légère parésie des muscles de la sixième paire. Dans l'abduction les globes oculaires ne vont pas jusqu'à l'angle externe.

L'exophtalmie avait un peu diminué quand la malade est sortie du service.

*Cœur.* — Rien. Pulsations artérielles : 88 à la minute.

Pas de tremblement vibratoire.

*Troubles de la sensibilité.* Nuls.

Pas de troubles vaso-moteurs.

*Réflexes.* — Cornéen, diminué.

Pharyngien, patellaires, normaux.

*Troubles psychiques,* nuls. — Cauchemars fréquents.

Il s'agit là d'un goître exophtalmique débutant avec une grossesse et ayant une légère tendance à l'amélioration, l'accouchement une fois terminé.

Y a-t-il entre cette grossesse et ce goître relation de cause à effet ?

Il semble qu'on peut être affirmatif sur ce point.

La maladie de Basedow survient dans la majorité des cas chez des sujets prédisposés, ayant une hérédité nerveuse, lourde, névropathes eux-mêmes. Une cause occasionnelle, d'ordre purement moral, souvent une émotion suffit pour la faire naître.

La grossesse peut-elle provoquer le goître exophtalmique ? — Il semble que oui : une excitation utérine peut être incriminée, la femme étant toujours sensible par son utérus.

Toutefois, il ne faut pas être excessif et voir dans tout état utérin, quel qu'il soit, un facteur capable de produire le goître exophtalmique.

Admettre la grossesse comme cause dans certains cas de maladie de Basedow nous paraît raisonnable ; mais nous ne saurions trop y insister, c'est surtout une affaire de terrain.

La grossesse a-t-elle une influence marquée sur l'évolution et la terminaison favorable de la maladie de Basedow ?

D'après Trousseau, Charcot, elle pouvait modifier d'une façon avantageuse cette affection.

L'opinion actuellement admise est loin d'être aussi optimiste.

Dans la grossesse, la congestion de la glande thyroïde se produit parfois par le même phénomène que la congestion des seins ; il y a, en un mot, une relation assez nette entre l'utérus et la glande. De même dans la maladie de Basedow, il y a très fréquemment retentissement sur l'utérus, retentissement qui se traduit par de la dysménorrhée et de l'aménorrhée.

Actuellement, grâce à la tendance marquée d'assigner au goître exophtalmique une origine thyroïdienne, on est beaucoup porté — peut-être non sans raison — à considérer cette affection comme exagérée encore par le mouvement congestif que produit la grossesse sur les glandes.

Il n'est pas toujours donné d'observer la maladie avec ses quatre symptômes cardinaux, exophtalmie, goître, tachycardie, tremblement : l'association de deux de ces symptômes suffit pour constituer une forme fruste.

Quant à incriminer comme cause l'état utérin, il est parfois difficile de l'admettre. C'est ce qui paraît ressortir de l'observation suivante que nous résumons très brièvement :

Obs. II. M..., 15 ans. Réglée à 13 ans, régulièrement. Goitre depuis un an. Par d'exophtalmie. Tachycardie. Trois mois après le début de sa maladie dysménorrhée, aménorrhée, leucorrhée.

Sujet très émotif. Crises de petite hystérie. Etouffements fréquents accompagnés de diplopie transitoire.

Dans les antécédents héréditaires, père alcoolique renforcé.

Voilà un cas où l'on est plutôt en droit de dire que le goitre a été la cause et non l'effet des troubles utérins. De plus, on ne peut s'empêcher d'être sceptique à l'endroit de ces troubles comme cause principale du goitre exophtalmique, quand on pense à la fréquence extrême des métrites, salpingites, hémorrhagies, etc., comparée à la rareté relative de la maladie, même dans ses cas frustes.

Pour ce qui est de la guérison du goitre à la suite de la disparition de l'affection utérine, le fait demande à être discuté : les cas analogues à ceux de Bloch et de Piqué doivent être rares.

Il nous a été donné de voir quelques malades Basedowiennes ayant eu des grossesses sans que cet état ait de la moindre façon influencé l'évolution de leur maladie. En tout cas, le plus grand nombre d'observations, croyons-nous, indique tout au moins un état stationnaire, parfois une aggravation.

Dans celle que nous présentons, il y a un peu d'amélioration. Il se peut, en effet, qu'après l'accouchement, il y ait une phase de repos où la glande tende à reprendre son volume normal sans qu'il y ait pour cela guérison ou même amélioration permanente et sans qu'on puisse préjuger de l'évolution future de la maladie.

**Erratum.** — Dans l'observation du Dr Narich, de Smyrne, séance de mai, sur *un cas d'évolution artificielle très difficile*, page 267, sixième ligne comptant de bas en haut. Au lieu de : « Pendant ces tractions que *j'interromps* à la fin de chaque contraction utérine »... il faut lire : « Pendant ces tractions que *je commence* à la fin de chaque contraction utérine ».

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du Jeudi 13 Juin 1895.*

Présidence de M. RICHELOR.

*Sommaire.* — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

*Correspondance :* Journaux habituels.

*Candidature.* — Lettre de candidature de M. le Dr S. Gache au titre de membre correspondant étranger.

*A propos du procès-verbal de la dernière séance :* M. LABUSQUIÈRE : Sur la thérapeutique intra-utérine.

*Présentations :* MM. BAR et TISSIER : Périartérite probablement syphilitique chez le fœtus. Lésions cardiaques consécutives. Dissociation des vaisseaux funiculaires par fonte de la gélatine de Warthon. Placenta marginé. *Discussion :* MM. FOURNEL et BAR. — MM. MACÉ et DURANTE (service M. PORAK) : Sur un cas de conformation singulière du cordon. — M. OLIVIER : Seringue à instillation intra-utérine. *Discussion :* MM. CHARPENTIER, PICHEVIN, GUÉNIOT, OLIVIER. — M. FOURNEL : Fibrômes utérins adhérents, hystérectomie par morcellement.

*Ordre du jour :* M. DOLÉRIS : Pathologie utérine et maladie de Basedow. *Discussion :* MM. JOUIN, BONNET, DOLÉRIS. — M. BAR : Rapport sur la candidature de M. le Dr Tissier. — M. BUREAU : Sur le passage de la morphine à travers le placenta. (Renvoyé à une Commission constituée par Labusquière, Olivier, rapp.).

*Suite de la discussion sur la thérapeutique intra-utérine :* MM. BONNET, FOURNEL.

A propos du procès-verbal de la dernière séance :

M. LABUSQUIÈRE. — Je désire ajouter quelques observations à la citation des cas de mort que j'ai faite à la dernière

séance. Cette citation a, en effet, donné lieu à une méprise et à une conclusion inexacte. Je lis en effet dans le Bulletin : « M. Labusquiere n'est pas partisan de la dilatation extemporanée. Il me demande si je connais le cas de perforation utérine rapporté par Olshausen, etc. » Or. 1° je ne me suis pas déclaré ennemi de la dilatation extemporanée ; 2° il ne s'agissait pas d'un cas de perforation utérine, mais d'accidents de nature septique, consécutifs à la dilatation. Voici ce qu'écrit, en réalité, Olshausen : « Les deux procédés de dilatation en dépit de toutes précautions, comportent des dangers d'infection ; et quand, dans ces cas, une infection se produit, elle est en général de pire nature et se manifeste sous forme de septicémie aiguë. »

J'ai appris, ajoute Olshausen, de plusieurs collègues qu'ils avaient eu des cas de mort à la suite du tamponnement avec la gaze iodoformée ; et ajoute-t-il, j'ai, malheureusement, par *expérience personnelle*, pu me convaincre que semblables cas peuvent arriver. »

La dilatation avec la gaze est moins dangereuse, mais il faut en limiter le plus possible l'emploi, la réaliser dans un minimum de temps, redésinfecter à fond le vagin chaque fois qu'on enlève la gaze et être prêt à dépister, avec le thermomètre, toute infection dès son début (1).

**BAR et TISSIER : Périartérite généralisée probablement syphilitique chez le fœtus. — Lésions cardiaques consécutives. — Dissociation des vaisseaux funiculaires par fonte de la gélatine de Warthon. — Placenta marginé.**

Le délivre que nous vous présentons a été recueilli à la maternité de l'hôpital Saint-Louis à la suite de l'accouchement de la nommée W., qui, âgée de 26 ans, venait d'accoucher, pour la troisième fois, le 7 mars 1895.

Ses deux premières grossesses s'étaient terminées à terme par la naissance d'enfants vivants. L'aîné de ces enfants est encore vivant ; le second est mort à l'âge de 11 mois.

La troisième grossesse ne fut traversée par aucun accident

(1) *Berl. klin. Wochens.* septembre 1894, n° 50, p. 1123.

fâcheux. Nous dirons seulement que notre malade eut, au mois de décembre 1894, une grippe légère qui évolua sans complication.

Notons encore que la malade, habituellement très bien réglée, affirme avoir eu pour la dernière fois ses règles le 20 avril 1894, c'est-à-dire près de 11 mois avant sa délivrance.

Au moment où elle entra à l'hôpital, elle était en travail ; les membranes étaient rompues ; la quantité de liquide qu'on put recueillir dans le service fut modérée. L'enfant, dont le volume était moyen (à sa naissance, il pesait 3,400 grammes), se présentait par le sommet en O. I. G. A. ; il fut expulsé rapidement, mais naquit en état de mort apparente. On l'insuffla ; il parut devoir se ranimer, respira quelques instants, puis succomba. La délivrance s'effectua sans difficulté.

L'examen du placenta et du cordon ombilical, l'autopsie de l'enfant nous ont montré des particularités intéressantes et que nous désirons vous signaler.

### I.

#### *Aspect macroscopique du placenta et du cordon ombilical.*

— *Examen histologique.* — Vu par la face utérine le placenta, dont le poids est de 530 grammes, a un aspect absolument normal. Il n'en est pas de même si on examine la face fœtale, ainsi que vous pouvez le constater sur la pièce elle-même et sur cette photographie qui en est une image très exacte. (Voyez figure ci-contre.)

L'amnios B, semble normal ; sa face interne est lisse ; son épaisseur, sa translucidité ne présentent rien de particulier ; sa face externe se décolle aisément du chorion, mais de gros flocons de couleur blanchâtre, d'aspect fibrineux semblent attachés à sa face externe.

Le chorion extra-placentaire manque presque complètement ; il fut expulsé plus tard et il était alors suffisamment altéré, pour que nous ne puissions rien dire de son état.

Le chorion basal C n'occupe que la partie centrale du placenta. Il est entouré de cotylédons D qui lui forment une bordure de largeur sensiblement égale sur toute la circonférence.

Le chorion basal C est très épais, de couleur blanchâtre, presque opaque : les vaisseaux qui cheminent dans son épaisseur







sont relativement grêles, ils forment une saillie à peine marquée et semblent noyés et étranglés dans un tissu plus épais et plus dense qu'à l'état normal. Sur sa face amniotique sont de longues franges qui, teintes par le méconium, sont de couleur jaune verdâtre. Si on le sectionne, on constate qu'il adhère étroitement au tissu placentaire proprement dit ; sur la partie périphérique cependant, il est soulevé par de grands lambeaux d'aspect fibrineux. Sur les bords du placenta D, dans les points où les cotylédons ne sont pas recouverts par le chorion, ces lambeaux sont encore plus épais ; ce ne sont plus que longues franges, larges plaques d'aspect fibrineux tapissant le tissu placentaire proprement dit.

L'attention est surtout attirée par la disposition du cordon.

Près de son insertion placentaire A, le revêtement amniotique est complet sur un trajet de 7 à 8 centimètres ; mais un peu plus loin, l'amnios semble avoir éclaté et le tissu de la gélatine de Warthon, gonfle, fait hernie ; il semble désagrégé et forme des filaments assez longs de couleur sale. Pendant quelques centimètres E, le cordon reprend un aspect normal, mais bientôt il se désagrège tout à fait : l'amnios rompu, a disparu. Les vaisseaux funiculaires forment trois cordons complètement isolés les uns des autres. L'un plus épais H contient la veine. Sur toute sa surface flottent des débris du tissu gélatineux. En quelques points seulement on reconnaît encore quelques flocs d'amnios adhérents.

Les deux autres cordons M plus petits, ici tout à fait libres, là réunis à la veine par des lambeaux de tissu interannexiel désagrégé, contiennent les artères ; quand nous avons voulu sectionner le cordon ombilical dans la partie où il était le moins altéré, nous avons été frappé de la résistance de son tissu, qui craint sous le couteau. Il en était de même dans les parties où les vaisseaux étaient dissociés. Chacun de ces cordonnets présentait une résistance remarquable. Celui qui contenait la veine semblait notamment formé d'un tissu de consistance crétacée.

Une coupe du cordon vue de champ permettait de noter à l'œil nu l'existence d'une gangue très épaisse autour des trois vaisseaux.

L'examen histologique du placenta et du cordon nous a permis de relever les particularités suivantes :

Dans le cordon ombilical, les trois vaisseaux sont entourés d'une

gangue fibreuse d'épaisseur colossale. Entre les vaisseaux, on ne reconnaît plus la disposition habituelle du tissu interannexiel. Celui-ci n'est plus constitué que par une trame celluleuse. Les coupes sont identiques à celles qu'on obtient, quand on examine du tissu cellulaire sphacelé.

Le placenta est relativement peu altéré. Déjà, à l'œil nu, le tissu nous avait seulement paru être un peu compact et les travées péri-vasculaires un peu épaisses ; mais il ne présentait aucune lésion très marquée. L'examen histologique nous a montré que la gangue fibreuse qui entoure les vaisseaux dans les travées principales est un peu plus épaisse qu'à l'état normal ; les vaisseaux sont le siège d'une énorme ectasie, aussi bien dans les grandes travées que dans les petites villosités.

En somme les lésions portaient surtout autour des vaisseaux du cordon et de la face fœtale du placenta ; les vaisseaux des villosités étaient très ectasiés, le tissu fibreux n'était que peu épais autour d'eux. Cela nous explique sans doute pourquoi le fœtus a pu naître vivant et bien développé.

## II.

*Autopsie de l'enfant.* — Nous avons dit que l'enfant succomba immédiatement après sa naissance.

L'autopsie nous a révélé dans ses viscères une série de lésions intéressantes. L'aspect général était celui d'un enfant à terme. A l'ouverture de la cavité abdominale, on note tout d'abord que la séreuse péritonéale est soulevée tout autour de la veine ombilicale par un thrombus qui chemine le long de ces vaisseaux, descend à peine sur un trajet d'un ou deux centimètres autour des artères, mais s'élève en s'élargissant jusqu'au foie dans lequel il semble pénétrer en suivant la veine ombilicale ; au-dessus du foie, le sang monte jusqu'au diaphragme et dissèque dans leur partie antérieure les feuillets du ligament ombilical.

Les anses intestinales sont normales ; le gros intestin est distendu par une grande quantité de méconium. Le foie est volumineux. A l'œil nu, le tissu hépatique ne semble pas altéré, mais on est frappé du calibre énorme des vaisseaux. Loin du hile, aussi bien dans le lobe droit que dans le lobe gauche, certains vaisseaux offrent à la coupe le calibre d'une plume d'oie ; ces vaisseaux sont béants et entourés d'une gainé scléreuse singu-

lièrement résistante. L'aspect caverneux du foie ne saurait mieux être comparé qu'à celui que présente ce viscère quand, à la suite de l'arrêt d'un calcul dans le canal cholédoque, survient une énorme ectasie des voies biliaires. Mais ici ce sont les branches de la veine ombilicale qui ont subi une distension colossale. Le canal veineux est largement ouvert ; enfin les veines sus-hépatiques sont extrêmement dilatées sur tout leur trajet.

Les reins sont de dimension normale ; leur tissu est fort résistant. Les vaisseaux artériels et veineux au niveau du hile sont volumineux ; ils peuvent être suivis dans le tissu rénal où ils apparaissent entourés d'une gaine scléreuse solide et épaisse.

La rate est volumineuse, son tissu semble très compact. Le pancréas est gros, mais paraît normal.

Les capsules surrénales sont de dimension normale ; elles semblent très vascularisées.

Tel était l'aspect des viscères abdominaux à l'autopsie.

Le diaphragme nous frappa par son épaisseur. La cavité thoracique était presque complètement remplie par le péricarde. Les deux poumons aplatis, présentant à peine quelques vésicules remplies d'air, sont refoulés en arrière.

Le péricarde ne contenait pas de liquide ; il était seulement distendu par le cœur qui était énorme. Le poids de celui-ci, bien lavé, était de 48 grammes. Les grandes proportions du cœur étaient dues : 1° à une hypertrophie notable du muscle cardiaque portant sur toutes les parties de ce viscère ; 2° à une grande distension des cavités droites (oreillette et ventricule) et de l'oreillette du côté gauche. Les deux auricules étaient également fort dilatées.

L'orifice auriculo-ventriculaire droit est énorme et il y a manifestement insuffisance de la valvule tricuspideenne. L'orifice mitral est beaucoup moins large et la valvule qui l'obture paraît suffisante. Le trou de Botal est largement ouvert.

Nous avons été frappés des énormes proportions de la veine cave inférieure, non seulement au niveau du cœur, mais encore dans ses segments thoracique et même abdominal.

Les deux grandes artères pulmonaire et aorte ont à leur sortie du cœur un calibre au-dessus de la normale. Mais les dimensions de l'artère pulmonaire sont surtout très remarquables ; elles l'emportent sur celle de l'aorte. Le canal artériel est fort ectasié

et, ainsi que vous pouvez le voir sur cette pièce, il admettrait une grosse plume ; au delà du point où il se jette dans l'aorte, le volume de cette artère est encore plus considérable qu'à son origine au niveau du ventricule gauche ; ses parois sont épaissies ; il en est ainsi du reste pour toutes ses branches principales. Nous croyons devoir insister sur l'état des artères ombilicales qui formaient de chaque côté de la vessie deux cordons à paroi très dure. D'une façon générale les vaisseaux des membres ont un calibre plus considérable qu'à l'état normal. Nous n'avons rien noté d'anormal du côté de l'encéphale, ni du côté du squelette.

## III

*Examen histologique des principaux viscères.* — L'examen histologique du foie, de la rate, du rein, nous a montré les particularités suivantes :

FOIE. — Les cellules hépatiques ne sont pas altérées, l'élément vasculaire semble seul atteint. Les veines centrales des lobules ont des dimensions inusitées ; leurs parois, en bien des points, sont de beaucoup plus épaissies qu'à l'état normal. La plupart des lobules sont le siège d'une congestion intense. Les cellules hépatiques pressées les unes contre les autres et aplaties forment des travées fragmentées, séparées les unes des autres par des canalicules sanguins très ectasiés et gorgés de globules.

Les lésions sont surtout accentuées dans les espaces interlobulaires. Partout sont de gros vaisseaux veineux au calibre démesuré, à la gaine hypertrophiée. En beaucoup de points, les vaisseaux artériels et veineux sont plongés dans une gaine commune de tissu fibreux, gaine fort épaisse et dans laquelle se trouvent des trainées, des amas nucléaires.

Dans ces masses de tissu fibreux, les veines apparaissent très ectasiées, et leur paroi est hypertrophiée ; mais les artères surtout ont une paroi très épaissie. Les canaux biliaires sont rares et aplatis.

Nous avons dit que, dans ces masses de tissu fibreux, se trouvaient des amas ou des trainées d'éléments nucléaires. Ajoutons qu'on en trouvait d'analogues perdus dans les lobules.

REIN. — Ici, les lésions ne sont pas moins marquées que dans le foie. Elles dominent autour des vaisseaux. Dans le voisinage

des glomérules, les petits vaisseaux artériels sont entourés d'une paroi très épaisse, ainsi qu'on peut le voir sur cette préparation. Dans la zone des pyramides de Ferrein, il y a une congestion telle que les tubes urinaires semblent perdus au milieu des capillaires ectasiés ; mais les lésions sont surtout accentuées autour des vaisseaux les plus volumineux. Les veines et les artères sont plongées au milieu d'une gaine épaisse de tissu fibreux compact. Dans ces blocs, les artères se distinguent par leur paroi épaissie. Les veines sont ectasiées.

Dans les points que nous venons d'étudier, les vaisseaux sont restés perméables. Il n'en est pas toujours ainsi. On trouve souvent, surtout dans la zone glomérulaire, de petits vaisseaux obturés par des éléments nucléaires. En quelques points, on voit de véritables gommages formées au centre de vaisseaux, souvent volumineux, autour desquels est un tissu fibreux ayant déjà subi des lésions de nécrobiose.

Autour de ces masses fibreuses, les canalicules urinaires sont aplatis. Mais en dehors de cette modification d'ordre mécanique, les éléments propres du rein, glomérules et canalicules, ne semblent pas altérés.

**RATE.** — Dans la rate, les lésions sont de même ordre. Les vaisseaux veineux sont très dilatés, la paroi des vaisseaux artériels est hypertrophiée. Ces différents vaisseaux sont souvent réunis par une gangue fibreuse très épaisse.

Telles étaient les lésions histologiques que nous avons trouvées dans les viscères que nous avons examinés.

#### IV

*Nature des lésions périvasculaires. Leurs conséquences.* — Tel fut le résultat de l'examen anatomique du fœtus et de ses annexes.

Les lésions que nous avons observées chez le fœtus sont fort complexes. Il est pourtant possible d'en préciser la nature et de les systématiser. Elles sont, en tout, semblables à celles qu'on trouve chez les fœtus syphilitiques. Comme ces dernières, elles semblent bien localisées autour des vaisseaux. Les artères surtout sont atteintes et nous avons vu que dans tous les viscères que nous avons examinés, il y a de la périartérite.

Nous avons noté dans le rein de véritables gommes. Dans le foie nous avons trouvé autour des vaisseaux dans les espaces interlobulaires ces amas nucléaires qui se rencontrent si fréquemment dans la syphilis.

L'histoire de la mère nous a permis, en outre, de relever certains faits intéressants qui devaient nous pousser à les considérer comme étant dues à cette cause.

Notre malade ne présentait, au moment où elle fut soumise à notre observation aucune lésion syphilitique manifeste. Nous avons bien noté, dans les aines, la présence de ganglions volumineux plus nombreux qu'à l'état normal, mobiles, indolents; mais ils n'avaient pas de disposition vraiment caractéristique. Cependant, nous avons recueilli les renseignements suivants. Deux mois après le début de la grossesse actuelle cette femme a eu pendant deux mois le long des lèvres et à l'anus des écorchures suintantes, prurigineuses, qu'elle a qualifiées de plaques rouges.

Deux mois après l'apparition de ces lésions, la malade eut une angine qui persista pendant un mois. Elle dit n'avoir eu aucune éruption cutanée. Durant l'évolution de ces différents accidents, notre malade voulut venir à l'hôpital, mais son mari l'en dissuada et voulut seulement lui faire prendre des pilules de protiodure d'hydrargyre et une solution d'iodure de potassium dont il usait lui-même. Elle ne put supporter ces médicaments et en cessa bientôt l'emploi.

Ces renseignements, l'aspect si net des lésions histologiques peuvent, on l'avouera, malgré l'absence actuelle de lésions spécifiques chez la mère, malgré l'impossibilité où nous nous sommes trouvés d'examiner le père, nous autoriser à admettre que la mère et peut-être le père ont été contaminés depuis la naissance de leur deuxième enfant.

Nous savons que dans la plupart des cas où on trouve dans le foie ou les reins, la rate, etc., de la périartérite syphilitique, il est commun d'observer une stase veineuse intense dans les régions qui avoisinent les gommes ou les vaisseaux malades. Mais ces troubles de la circulation sont généralement localisés dans certains viscères ou même dans certains points de ceux-ci. Les conditions de la circulation générale ne sont pas modifiées. Le fait que nous vous rapportons par la généralisation des lésions et par les troubles de la circulation générale qui en sont la con-



séquence, constitue une exception intéressante assez rare.

En effet, nous avons dit l'excès, chez ce fœtus, des dimensions des vaisseaux dans les villosités placentaires ; nous avons montré la veine ombilicale restée large dans sa partie funiculaire ; nous avons vu le thrombus qui s'était formé autour de la partie sous-hépatique de cette veine surdistendue ; nous avons enfin signalé l'état des vaisseaux ombilicaux dans le foie. Cette distension de tout le système veineux ombilical n'était pas due aux lésions hépatiques, car au-dessus du foie la veine cave inférieure avait des dimensions excessives ; la cause de cette stase était même au delà du cœur, ainsi qu'en témoignent la surdistension de l'oreillette droite très dilatée, l'orifice tricuspide élargi et muni d'une valvule insuffisante. Enfin, en considérant : 1° la dilatation du ventricule droit, 2° l'hypertrophie du ventricule gauche, 3° les fortes dimensions de l'aorte à sa naissance, 4° la surdistension de l'artère pulmonaire, le calibre énorme du canal artériel, on est conduit à admettre que toute la stase siégeant sur le système veineux ombilical, dans le cœur, etc., tient à un obstacle siégeant sur le système artériel au delà du canal artériel. Nous pensons que si la périartérite localisée dans un viscère est capable de produire des troubles graves de la circulation, stase, etc., dans le département afférent au vaisseau lésé ; si de la sclérose syphilitique atteignant le plus grand nombre des vaisseaux hépatiques artériel et veineux est capable de produire une stase considérable dans la veine ombilicale dans son segment sous-hépatique, il nous est permis d'admettre qu'ici la périartérite généralisée, par l'obstacle qu'elle crée à la circulation dans le système artériel, a pu devenir la cause des lésions du cœur que nous avons notées et qu'il convient de lui attribuer la surdistension de tout l'appareil veineux. Ainsi s'éclaire l'interprétation de ces lésions si complexes que nous avons observées.

## V

*Diffusion des lésions chez le fœtus et syphilis fœtale conceptionnelle.* — Dans le fait que nous vous rapportons, les lésions périartérielles ne sont pas aussi accentuées que dans bien des cas où il y a formation de gommes volumineuses ; mais elles sont remarquables par leur généralisation, par leur ancienneté,

ainsi qu'en témoignent le tissu fibreux périartériel, et le petit nombre de points où on observe des amas nucléaires.

Nous savons par les renseignements qui nous ont été fournis par la malade que les premiers accidents ont paru dans le cours de la grossesse actuelle. Nous aurions volontiers une certaine tendance à admettre qu'il s'agit là d'un cas de syphilis fœtale conceptionnelle et non acquise par la voie placentaire durant la vie fœtale. Il serait intéressant de rechercher si, dans les cas où une pareille origine est nette, on observe la diffusion des lésions que nous avons signalées.

## VI

*Nature des lésions du cordon ombilical.* — Si nous n'avions pas pratiqué l'autopsie du fœtus, nous nous serions bornés à enregistrer la singulière disposition du cordon ombilical et c'est avec cette seule dénomination que nous avons présenté cette pièce anatomique au mois d'avril dernier.

Après l'examen histologique que nous avons pratiqué, devant les résultats qu'il nous a donnés, on peut penser qu'il y a peut-être une certaine corrélation entre cette anomalie du cordon et les lésions multiples que nous avons trouvées dans le fœtus ou dans les annexes.

Déjà tous les auteurs qui se sont occupés de la syphilis fœtale ont insisté sur les lésions qu'on pouvait observer dans le cordon et qui seraient dues à cette cause.

Oedmannson (cité par Kustner, *Handbuch de Muller*, tome II, page 589) insiste sur les lésions qu'on voit autour des vaisseaux ombilicaux, la dégénérescence fibreuse, calcaire, de leurs parois, les thromboses qui en résultent. Winckel (*Bericht und Studien*, t. I, 1874) a montré l'origine syphilitique de certaines sténoses des vaisseaux du cordon.

Ici la sclérose périvasculaire est certaine ; il est vraisemblable qu'on doit l'attribuer à la syphilis. En est-il de même des modifications de la gélatine de Warthon qui donnent un aspect si singulier à ce cordon ombilical ? (1). On ne peut sur ce point formuler que des hypothèses que viendront appuyer ou infirmer de nouveaux faits.

(1) Voyez, à ce sujet, la fort intéressante observation publiée par Henig : *Angeborene Lues und die Allantois. Jahrb. für Kinderheilk.*, 1869, t. II, p. 423.

Peut-être l'épaisseur de la gangue fibreuse qui entoure les vaisseaux funiculaires s'est-elle simplement opposée à la régulière nutrition des tissus interannexiels et ceux-ci ont-ils subi une sorte de nécrobiose. D'où cette désagrégation du tissu gélatineux qui, rompant l'amnios, vient flotter entre les vaisseaux du cordon désunis.

### VIII

*Du placenta marginé.* — Il est un dernier point sur lequel nous désirons insister.

Ce placenta est un bel exemple de cette disposition que l'on appelle placenta bordé, placenta marginata.

On sait les travaux importants qui ont été faits pour expliquer la genèse de cette anomalie.

Il est vraisemblable que l'interprétation de Kustner (*Virchow's Archiv.*, t. CVI, et *Naturforscher Versammlung zu Magdeburg*, 1884), peut dans beaucoup de cas être tenue pour vraie.

Quand la caduque est épaissie autour du chorion frondosum, si, vers la fin de la grossesse, le placenta, par suite du développement rapide du fœtus, doit croître beaucoup, le chorion envoie son chevelu dans la caduque vraie, au delà de ses propres limites et le placenta bordé est constitué. Une telle anomalie est sans aucun doute, favorisée par l'existence d'une endométrite, d'hémorragies décíduales, etc., et on comprend que Hansen (*Hosp. Tidende*, 1880, tome VIII, n° 31 anal. *Centralb für Gyn.*, 1891, p. 52) ait noté dans 11 cas où cette disposition était très marquée, la faiblesse des enfants, leur moindre longueur et leur poids au-dessous de la normale ; qu'il ait pu, sur ces 11 cas, observer deux fois des hémorragies graves de la délivrance. On conçoit enfin que le placenta marginé ait été observé dans des cas où les hémorragies s'étaient produites dans le cours de la grossesse, où les malades avaient présenté avant leur grossesse, des signes certains d'endométrite.

Mais cette théorie peut-elle s'appliquer à tous les faits ?

Déjà Ackermann (*Virchow's Arch.*, t. 95) a insisté sur le rôle qu'il convenait de faire jouer à la périartérite dans la genèse des infarctus blancs qu'on pouvait trouver en ceinture autour du placenta. On peut admettre qu'en pareil cas, le placenta bordé puisse se produire, par suite de l'accroissement excessif du che-

velu chorial situé au delà de la ligne des infarctus. Le chevelu venant à se développer dans la caduque et déborder la ligne du chorion atteinte de dégénérescence.

En un mot, si le placenta bordé est le plus souvent le résultat de lésions déciduales périchorales et reconnaît ainsi une origine maternelle, parfois il peut reconnaître une origine fœtale soit comme l'ont pensé Fabbri, Schatz, que l'ovule se soit inséré sur l'utérus à la manière d'un polype par un pédoncule aminci, soit que dans les premiers temps de la vie intra-utérine le champ d'insertion du chorion placentaire se soit trouvé rétréci par quelque affection choriale, de la périartérite par exemple.

Peut-être la production du placenta marginata reconnaît-elle ici une pareille origine.

### Discussion :

M. Ch. FOURNEL. — M. Bar vient d'émettre l'hypothèse de syphilis conceptionnelle. Cette maladie est une grande exception. Il ne faudrait pas que les descriptions de M. le Prof. Fournier, présentes à l'esprit de tous, pussent nous faire penser que cette pathogénie de la syphilis se rencontre souvent. La description symptomatique, la dénomination elle-même, font image et nous portent beaucoup trop fréquemment à mettre en avant cette étiologie, qui est en réalité rarissime ; c'est une vraie rareté de musée et de collection.

M. Bar a-t-il eu la fortune de capturer et d'épingler ce coléoptère merveilleux et introuvable ? — Je ne le crois pas. Le cas qu'il nous relate n'est point un cas de syphilis conceptionnelle. Voici pourquoi : c'est que M. Bar nous a parlé d'accidents locaux du côté de la vulve. Or la caractéristique de la syphilis conceptionnelle, c'est l'absence de ces accidents initiaux à la périphérie du corps : la syphilis est dite conceptionnelle quand elle n'a point été acquise directement d'homme à femme, mais quand elle est rentrée dans le sang de la mère par l'intermédiaire du produit de conception. Au point de vue clinique, on ne doit point trouver sur le tégument externe de la femme une porte d'entrée pour cette syphilis, et par ce fait même que vous avez découvert des accidents initiaux locaux, vous devez rejeter la syphilis conceptionnelle.

M. BAR.— J'ai employé une mauvaise expression, mais je n'en trouve pas d'autre pour la remplacer. En prononçant le mot de syphilis conceptionnelle, j'ai voulu parler de syphilis contractée par le fœtus, de par les ovules. Le mot conceptionnel est mauvais, vous avez raison, mais je ne sais par quel mot le remplacer.

MM. Macé et Durante (service de M. Porak) présentent *un cordon présentant une dissociation des vaisseaux*. Cette observation comparable à l'observation de MM. Bar et Tissier reconnaît une lésion identique quoique à un degré moins avancé. L'observation avec les planches sera publiée *in extenso* dans le prochain bulletin.

#### M. OLIVIER : **Seringue à instillations intra-utérines.**

Les malades qui fréquentent mon service de la Polyclinique de Paris ne pouvant s'arrêter, soit qu'elles aient des enfants à soigner, soit qu'elles n'aient que leur travail pour vivre, j'ai dû m'ingénier à les soigner en laissant de côté les opérations que nous faisons aujourd'hui couramment, qui réussissent généralement, mais qui exigent le repos au lit pendant 15 à 20 jours. C'est ainsi que j'ai dû renoncer presque complètement au curetage. Après différents essais, j'en suis arrivé à traiter les métrites par des instillations de glycérine créosotée à parties égales. Je dois dire que j'ai obtenu par ce procédé d'excellents résultats, surtout dans la métrite hémorragique ; il est des cas qui résistent, j'ai recours alors au curetage.

Afin de savoir exactement ce que je faisais, j'ai cherché une seringue me permettant d'instiller mon liquide goutte à goutte et d'en connaître le nombre facilement ; je n'en ai pas trouvé qui fût commode. Je me suis servi pendant un certain temps de la seringue de Félizet munie de l'arrêt qui empêche le piston de glisser directement quand on le veut. Mais, outre que cette seringue n'est pas mathématiquement calibrée, le système qui permet de passer du mouvement direct au mouvement tournant est incommode et fait perdre beaucoup de temps. Ce reproche s'adresse du reste à toutes les seringues à instil-

lations. J'ai donc cherché un système qui permit de passer rapidement du mouvement direct au mouvement tournant. Grâce au concours intelligent de M. Gentile, fabricant d'instruments de chirurgie, j'y suis arrivé.

L'ensemble de l'instrument se compose de deux parties : une sonde en argent et un corps de pompe.

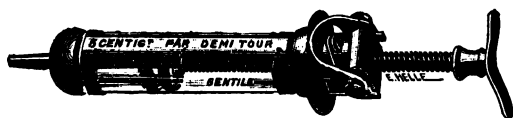


Fig. 1.

La sonde en argent a une longueur de 18 c., elle est légèrement courbée à son extrémité comme un hystéromètre ; elle s'ajuste à frottement sur le corps de pompe.



Fig. 2.

Le corps de pompe comprend deux parties : le piston et sa tige, et le corps de pompe proprement dit.

Le piston est en caoutchouc minéralisé noir, il est solidaire d'une monture métallique qui s'adapte à vis à l'extrémité de la tige de manière qu'il est aisé de le démonter pour le remplacer sans recourir au fabricant.

La tige du piston est filetée sur toute sa longueur, la dimension du pas de ce filet a été calculée de manière à ce que le

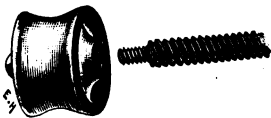


Fig. 3.



Fig. 4.

piston puisse parcourir toute l'étendue du corps de pompe en 40 tours.

Le corps de pompe proprement dit se compose d'un tube en verre et d'une monture. Le tube en verre ne présente rien de particulier ; la monture, au contraire, présente à sa partie supérieure ou manuelle une disposition toute particulière qui caractérise essentiellement la seringue.

Cette disposition consiste en un écrou brisé pouvant embrasser la tige du piston. Cet écrou brisé est formé de deux pièces en bronze, mobiles suivant un plan perpendiculaire à l'axe de l'instrument, et placées dans deux fenêtres rectangulaires d'où elles peuvent s'échapper. Les faces internes de ces pièces portent une vis dont le pas est le même que celui de la tige du piston. Les deux moitiés d'écrou sont maintenues écartées par un ressort d'acier doré ; mais par le jeu d'un excentrique dont le mouvement est sous la dépendance de la main qui manœuvre la seringue, elles peuvent venir mordre sur la tige du piston, qui, dès lors, ne pourra plus avancer que par un mouvement tournant. Dans ce mouvement de progression la quantité de liquide injecté à chaque demi-tour de piston est *exactement* d'une goutte. Le corps de pompe porte une graduation extérieure qui permet à tout moment de savoir ce qu'on a injecté.

Certains gynécologistes employant, comme l'a conseillé notre collègue Touvenaint, les injections de créosote dans le tissu même du col, j'ai fait ajouter une rallonge en argent et une aiguille. Celle-ci pouvant aussi s'adapter sur la seringue permet d'employer la seringue à instillation comme une seringue de Pravaz ordinaire.

*Mode d'emploi.* — Le remplissage de la seringue se fait comme d'habitude, l'excentrique étant au repos, c'est-à-dire relevé.

Lorsque la seringue est pleine, on fixe la sonde métallique sur le corps de pompe et on rabat l'excentrique en avant. Cela fait, on refoule le liquide en tournant la béquille de la tige de gauche à droite jusqu'à ce qu'on le voie sourdre à l'extrémité de la sonde et on l'arrête de façon que son axe soit perpendiculaire à celui de l'excentrique. On introduit alors la sonde dans l'utérus et on fait l'instillation goutte à

goutte, chaque demi-tour de piston faisant sortir une goutte de liquide.

Si on voulait faire une injection dans le tissu du col, on remplacerait la sonde par l'intermédiaire métallique muni de son aiguille.

*Avantages.* — Les principaux avantages de cette seringue sont les suivants :

Stérilisation facile et possible par tous les procédés.

Piston ne s'altérant pas par la stérilisation et pouvant être facilement remplacé par le médecin lui-même.

Disposition particulière du corps de pompe permettant de passer rapidement du mouvement direct au mouvement de vis.

Calibrage parfait du corps de pompe et filetage de la tige du piston calculé de façon à permettre l'expulsion d'une goutte de liquide par demi-tour de piston.

#### **Discussion :**

M. CHARPENTIER. — Je trouve un inconvénient à cet instrument. Il fonctionne bien, il permet de connaître exactement le nombre de gouttes injectées, mais je ne vois pas comment on peut faire pour connaître la quantité de liquide contenue dans la sonde avant de commencer l'injection ?

M. OLIVIER. — Il faut commencer par amorcer la sonde avant de l'introduire dans l'utérus.

M. PICHEVIN. — M. Olivier nous dit qu'il a guéri un certain nombre de métrites à l'aide d'injections de glycérine créosotée et que, dans un seul cas, il a dû, par la suite, recourir au curage utérin. J'ai usé avec patience et persévérance de la glycérine créosotée pour combattre la métrite du col. Mes succès ont été très nombreux.

La glycérine créosotée agit-elle mieux sur les hémorrhagies utérines ? Je ne le crois pas, mais j'avoue que je n'ai aucune expérience personnelle sur ce point. M. Olivier affirme qu'il a eu de bons résultats dans les cas de ce genre. C'est un fait qu'il faut retenir et qu'on devra vérifier.



La canule dont se sert M. Olivier est seulement percée de deux trous latéraux punctiformes. La glycérine créosotée ne doit sortir de ces orifices si étroits qu'en bavant. Je doute que le liquide entre en contact avec la totalité de la surface interne de l'utérus.

On a injecté du perchlorure de fer dans la matrice avec des canules semblables. Chez une malade l'injection fut suivie de mort subite. On fit l'autopsie et on put constater que la solution de perchlorure de fer n'avait atteint qu'une partie de la cavité corporeale.

M. GUÉNIOT. — L'instrument de M. Olivier a été gradué à l'air libre ; je ne crois pas qu'il se vide avec la même facilité lorsqu'il est introduit dans l'utérus, pour peu qu'il y ait un léger obstacle. Je ne crois donc pas que sa graduation soit véritablement exacte.

M. OLIVIER. — Je n'ai pas la prétention de guérir les métrites du col, mais j'ai soigné une trentaine de cas de métrite du corps et je les ai guéris sans curettage. J'attends que la créosote commence à couler au niveau du col, je cesse alors de pousser le piston ; l'amélioration se fait en général sentir au bout de cinq ou six injections. Je répondrai à M. Guéniot que s'il y avait obstacle à la sortie du liquide, le piston ne pourrait plus avancer et que si la seringue se vide, c'est que le liquide sort.

M. CHARPENTIER. — Il y a un fait qu'il faut mettre en lumière, c'est que le traitement de la métrite par les injections intra-utérines devra toujours être un traitement d'exception.

**M. CH. FOURNEL : Fibromes utérins adhérents.  
Hystérectomie par morcellement.**

Je présente à la Société les principaux morceaux d'un utérus fibromateux que j'ai enlevé par la voie vaginale à l'aide d'un morcellement assez laborieux.

Voici, résumée en quelques mots, l'observation de la maladie et des remarques sur l'opération :

Mme L... est une femme âgée de 38 ans dont les antécédents héréditaires ne présentent rien de bien particulier. Son père est mort de paralysie à l'âge de 74 ans, sa mère est rhumatisante.

Quelques points à relever avant son mariage. *Intestin* intéressant depuis l'enfance. A trois ans faillit mourir d'une inflammation d'intestin; pendant toute son enfance et toute sa vie, de fréquentes coliques avec diarrhée, plus rarement des périodes de constipation.

Les selles étaient mêlées et entourées de « peaux et d'humeur » ; en un mot, tous les signes de l'entérite muco-membraneuse.

Aucune maladie grave.

Tempérament nerveux; entre quinze et vingt ans eut de fréquentes attaques de nerfs. Ces attaques disparurent quand l'embonpoint survint.

Réglée à quatorze ans pour la première fois. Depuis fut réglée tous les vingt jours, avait ses règles pendant dix jours; depuis son mariage, elles ont diminué de durée et surtout depuis l'âge de vingt-cinq ans où l'adipose est survenue, se sont restreintes à une période de deux à quatre jours et avec peu d'abondance.

Elle se marie à l'âge de dix-huit ans avec un homme jeune (vingt-trois) qui vit toujours. Elle n'a eu cependant ni enfants, ni fausses couches. Stérilité complète.

Les premiers troubles que l'on puisse rapporter à la tumeur ont consisté en fréquence de la *miction* caractérisée surtout dans la station debout. Dans le courant de la journée, où cette dame devait vaquer à ses occupations, elle estime que le nombre des mictions n'était pas au-dessous de vingt. La nuit et le décubitus dorsal apportaient au contraire un grand soulagement à cet état. L'anatomie pathologique nous expliquera à merveille cette symptomatologie. Ces troubles ont commencé il y a déjà plusieurs années; on n'a pas pu préciser davantage.

La *menstruation* aussi se troublait peu à peu, il y a deux ans. Son médecin qui l'examina à cette époque ne constata aucune augmentation de volume de l'utérus. De nouvelles irrégularités se sont produites en dernier lieu; ce furent des métrorrhagies, et dans cette dernière année la malade en était venue à être menstruée deux fois chaque mois en moyenne, et pendant longtemps chaque fois, si bien qu'elle ne restait guère que dix jours par mois sans perdre.

Il y a deux mois de violentes douleurs abdominales vinrent s'ajouter à ce tableau. Ces douleurs, paroxystiques, spontanées, s'accompagnant de gonflement du ventre, de sensibilité au pal-

per et au toucher, gênèrent un peu l'examen. Malgré la discrétion forcée de cet examen il fut permis de reconnaître une tumeur de volume fort appréciable.

Enfin, la disparition de cette poussée inflammatoire permit à notre très distingué Confrère et excellent ami le D<sup>r</sup> Rol de poser le diagnostic de fibromes utérins. Il nous fit alors l'honneur de nous demander une consultation pour discuter avec nous l'opportunité d'une intervention.

*- Etat avant l'opération.* — Quand je vois la malade pour la première fois, l'état est le suivant :

Constitution générale d'aspect vigoureux avec tendance à l'embonpoint, visage couperosé, essoufflement facile, ventre prédominant.

Le toucher et le palper combinés permettent de reconnaître l'existence d'un utérus gros environ comme une tête de fœtus et d'une surface très inégale. En avant du col, immédiatement au niveau de l'insertion vaginale et au-dessus d'elle, la masse du corps utérin fait une brusque saillie en avant, de façon à donner au doigt l'impression d'un gros utérus qui serait fortement antéfléchi. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve des sensations qui font porter le diagnostic d'annexes malades du côté droit ; rien de perceptible à gauche.

La mobilité de cet utérus est limitée, il paraît haut placé, notre main gauche n'arrive pas à faire descendre cet organe en pressant sur l'abdomen.

L'hystérométrie, qui ne fut faite que le jour de l'opération, donna vingt centimètres de profondeur.

L'ablation totale de l'utérus par la voie vaginale est décidée d'un commun accord.

Je pratique cette opération le 16 mai 1895, en présence du médecin de la malade.

Antisepsie soigneuse du vagin avec la brosse, antisepsie de l'utérus avec la curette ; cette dernière par ce que je me range sans réserves à l'opinion des auteurs qui nous ont montré que, faute de cette précaution préliminaire, le péritoine peut se trouver infecté au cours du morcellement par des microbes venant de la cavité utérine.

Dès la saisie du col, impossibilité de l'abaisser qui nous pré-

sage quelques difficultés de plus qu'à l'ordinaire. Notre intention était de suivre la ligne de conduite tracée par Doyen. Nous étant toujours très bien trouvé de la section antérieure sur la ligne médiane, que cet auteur conseille pour les utérus de volume à peu près normal, du placement en étages successifs d'une paire de pinces à traction sur les bords de cette section, et de la bascule utérine en avant, le tout sans hémostase préalable; nous pensions trouver autant de sécurité dans la section médiane en V et dans le morcellement appliqué uniquement et régulièrement à cette portion médiane qu'il conseille pour les utérus fibromateux.

Or, les difficultés que nous avons eues ne nous ont pas permis de suivre une marche aussi schématique.

La friabilité du tissu utérin au voisinage des fibromes, l'étroitesse de ce vagin de nullipare, l'implantation de la principale masse fibromateuse dans l'épaisseur de la paroi utérine antérieure et latérale, furent une cause de difficulté; les adhérences dues aux annexes malades en furent une autre cause; l'irrégularité de la forme de cet utérus farci de fibromes n'était pas faite pour nous faciliter le décollement; un prolongement fibromateux dans le ligament large du côté droit ne nous simplifia pas l'hémostase. Nous regrettâmes pendant un instant de n'avoir point choisi la voie abdominale et nous pûmes penser que nous serions obligé de faire retour à cette voie, malgré les dimensions relativement restreintes de l'utérus.

Après avoir sectionné le col sur la ligne antérieure, comme malgré nos tractions sur la première paire de pinces cervicales rien ne descendait; comme une seconde couple de pinces à traction placées au-dessus de la précédente ne nous donnait pas plus de résultats et que nos tractions n'aboutissaient qu'à déchirer le tissu musculaire sans abaisser l'utérus lui-même, nous renoncâmes à nos premières intentions et passâmes à une autre méthode de morcellement, celle par section de tranches utérines prises sur la paroi antérieure et s'étendant jusque sur les côtés préalablement incisés. Cette seconde manière de faire nous donna quelques résultats, mais elle n'eût pas suffi non plus et nous dûmes y ajouter une véritable décortication avec les doigts lorsque se présenta au devant de nos pinces le prolongement latéral dans le ligament large droit dont nous avons déjà parlé.

A ce moment et de ce côté, non seulement les sections furent irrégulières ; mais il en fut de même de l'hémostase, les pinces furent placées où l'on put les placer, et non point en échelons absolument réguliers, comme cela est décrit dans les auteurs.

L'anesthésie pendant l'opération a été faite au moyen de l'éther. L'opération a duré deux heures, il a été consommé 150 grammes d'éther.

Nous n'avons qu'à nous louer de ce mode d'anesthésie. Le sommeil a été obtenu en quelques minutes (quatre ou cinq) ; aucun accident pendant le cours de ce sommeil ; respiration régulière malgré l'aspect vultueux et un peu cyanosé de la face ; pas de vomissements, ni de nausées. Le réveil a été prompt et facile, la connaissance est revenue très rapidement, pas de vomissements consécutifs. Malgré que la malade fût préalablement enrhumée, il n'y a eu consécutivement aucune aggravation de sa toux. Le masque employé était celui de Julliard. Le masque de Wanscher et Landau présente, il est vrai, ainsi que l'a dit notre collègue Chaput, l'avantage de ne couvrir que les parties indispensables de la face, et de laisser les yeux à découvert ; on n'est pas, en outre, obligé d'y verser sans cesse l'anesthésique. Mais il a un inconvénient grave : il est en caoutchouc. Le caoutchouc est attaqué par l'éther, car ce sont deux substances qui ne font pas bon ménage ensemble. Par conséquent, en dehors de la question de dépense pour le chirurgien obligé de renouveler sans cesse les masques, il est exposé surtout à ce que le récipient de ce masque se perfore en cours d'usage, si bien qu'au milieu d'une opération on se trouverait brusquement obligé d'interrompre l'éthérisation. C'est par cette raison de premier ordre que je préfère jusqu'à présent le masque de Julliard. Si les fabricants modifient le masque de Wanscher et Landau, en substituant au réservoir de caoutchouc un réservoir d'une autre substance, alors ce masque reprendra le premier rang.

Les suites ont été normales. Malgré le placement irrégulier des pinces du côté droit, l'hémostase fut parfaite. Un seul jour, le cinquième, la température s'éleva à 38°2 ; tous les autres jours elle resta normale. La malade est aujourd'hui guérie et bien portante.

Les quelques points qui nous paraissent utiles à remarquer dans cette observation sont les suivants :

1° On peut avoir de la colite muco-membraneuse sans maladie utérine concomitante. Voici, en effet, un sujet qui paraît avoir été attaqué d'une maladie intestinale dès sa plus tendre enfance, époque où ses organes génitaux étaient très certainement indemnes de toute maladie, ainsi que l'affirme son médecin, qui la soigne depuis nombre d'années.

2° L'hystérectomie vaginale par morcellement, appliquée aux fibromes utérins, est une opération atypique pour laquelle on ne peut tracer un manuel opératoire invariable. L'opérateur modifiera ses manœuvres au gré des circonstances et pourra être obligé au cours d'une même opération d'employer et d'abandonner successivement plusieurs procédés d'auteurs, aucun n'ayant suffi à mener le morcellement à son terme.

3° L'éthérisation est un excellent mode d'anesthésie générale. Le masque de Julliard reste supérieur à celui de Wanschier et Landau, sauf modifications.

**Rapport sur la candidature de M. le D<sup>r</sup> Tissier.**  
(Commission: MM. PORAK, BAR, rapporteur.)

Messieurs, M. le D<sup>r</sup> Tissier, qui a adressé à notre secrétaire général une lettre de candidature est connu de la plupart d'entre nous. Il a été chef de clinique d'accouchements et presque toutes ses publications ont porté sur l'obstétrique.

Je ne ferai que vous signaler sa thèse sur la castration, et les communications qu'il a faites, en collaboration avec moi, à notre société sur la dermatite polymorphe prurigineuse récidivante des femmes enceintes, sur les inconvénients immédiats et éloignés de l'emploi des lacs, sur un fait de dissociation des vaisseaux du cordon.

En son nom propre, il vous a fait deux communications intéressantes. Dans la première, il vous a présenté un enfant chez lequel il y avait une imperforation de l'anus et chez qui nous avions en vain cherché, après incision de la région périnéale et sacré, l'extrémité du rectum. Nous avons dû faire un anus iliaque. Dans la seconde, il vous a rapporté une observation de symphyséotomie qu'il avait pratiquée dans mon service. Dans cette communication il a plus particulièrement attiré votre atten-

tion sur les inconvénients de ces thrombus qui s'étendent sous le péritoine après la symphyséotomie.

Enfin M. le D<sup>r</sup> Tissier a fait, pendant qu'il était chef de clinique de la Faculté, une série d'expériences intéressantes sur le passage dans les veines des liquides qu'on injecte dans l'utérus.

Telles sont les principales publications de M. le D<sup>r</sup> Tissier, dont la candidature sera, je l'espère, couronnée de succès.

**M. le D<sup>r</sup> DOLÉRIS : Affections génitales de la femme et maladie de Basedow.**

Notre collègue le docteur Jouin nous a récemment communiqué un mémoire basé sur quarante-trois observations, relevées en sept ans, d'où il conclut que les femmes affectées de maladies génitales seraient assez souvent sujettes à la maladie de Basedow, ainsi qu'il ressort d'une statistique aussi considérable pour un si court espace de temps.

Tel est le premier point saillant de cette communication. A la vérité, les malades dont il est question ne présentent point l'intégralité des symptômes propres au goître exophthalmique mais reproduisent des variétés ou des formes incomplètes, frustes, de cette singulière maladie.

C'est là un second point.

La troisième conclusion qui découle du travail de M. Jouin intéresse plus directement les gynécologues, parce qu'elle semble affirmer la solidarité de la névrose de Basedow et des affections génitales, en ce qui concerne l'étiologie et le traitement. La guérison de celles-ci entraînerait fréquemment la disparition de la première.

Frappé de cette doctrine toute nouvelle qui ne concorde pas avec mon observation, bien que mon attention soit depuis longtemps éveillée sur les manifestations d'ordre nerveux que présentent les malades atteintes de maladies de l'utérus ou des annexes, je dois dire que, dans l'espace de dix années, je n'ai guère observé que deux cas qui me paraissent rentrer plus ou moins complètement dans le cadre de la maladie de Basedow, ce qui me permet de dire, en ce qui me concerne, que la coïncidence signalée comme fréquente par M. Jouin, me paraît plutôt rare.

Il y avait donc intérêt à approfondir cette divergence d'opinions et à en chercher la raison.

La maladie de Basedow ou goitre exophtalmique s'observe, M. Jouin l'a rappelé et il faut le reconnaître, chez la femme, vers l'âge de vingt à quarante ans, c'est-à-dire dans la période de l'activité génitale, et dérive assez souvent d'une hérédité névropathique, encore que des causes occasionnelles, telles que le surmenage, les émotions, etc., puissent en être l'origine apparente.

Je passerai rapidement sur la pathogénie fort controversée de cette affection. La théorie de Stokes et de Graves qui ne font une simple affection cardiaque est abandonnée.

Celle de Marshall, Taylor et Piorry qui la font résider en un trouble névro-vasculaire, dû à la compression des vaisseaux et des nerfs du cou par la tumeur thyroïdienne, paraît également insuffisante.

Avec Benedickt, Rosenthal, Friederich, Eulenburg faut-il croire à une altération du grand sympathique ? Mais on a fait observer avec raison que la pupille est rarement altérée et que souvent le sympathique est indemne de toute lésion.

Charcot, Rendu l'assimilent à une névrose analogue à l'hystérie et à l'épilepsie, maladies avec lesquelles le goitre exophtalmique est souvent associé. Cette névrose serait donc un trouble fonctionnel d'origine bulbaire. D'autres sont allés jusqu'à l'attribuer à des lésions matérielles du bulbe, dilatations vasculaires, hémorrhagies, atrophie des cordons restiformes ; et certains expérimentateurs Filehne et Durdufi auraient reproduit les symptômes du goitre exophtalmique par des lésions expérimentales du corps restiforme.

Renaud et Joffroy, après Möbius, font résider toute l'importance pathogénique de la maladie dans l'empoisonnement spécial du sang, dû à l'altération de la glande thyroïde. « La maladie de Basedow serait au corps thyroïde ce que l'albuminurie est au rein. » Johnston conclut dans le même sens en invoquant l'hyperthyroïdation de l'organisme dans le goitre exophtalmique comme il accuse l'atrophie ou hypothyroïdation de produire le myxœdème par un effet inverse.

Si j'ai résumé ces opinions, c'est qu'il importait de faire ressortir l'importance attribuée au goitre et aussi la tendance



à invoquer l'existence d'une névrose liée à des *troubles matériels du bulbe*, seules théories capables d'expliquer le groupement des symptômes caractéristiques du mal.

De fait, les anatomistes ont fixé l'existence indiscutable de l'hypertrophie thyroïdienne et parfois de lésions nerveuses et bulbaires.

Symptomatiquement, la maladie se présente avec un complexe très net. L'appellation de goître exophthalmique fixait déjà avec précision la dualité caractéristique de la maladie *goître* et *exophthalmie*, symptômes auxquels il faut ajouter la *tachycardie*, le *tremblement* très caractéristique et, d'après l'école de la Salpêtrière, la *diminution de la résistance électrique de la peau*. Ce dernier caractère est de première importance dans les formes frustes.

Je passe les signes accessoires du côté du système digestif, de la sensibilité, de la motilité, du psychique et de la peau. Toutefois, il est classique, je m'empresse de le signaler, que l'appareil génital est affecté parfois dans la maladie de Basedow et que les organes utérin et mammaire sont fréquemment troublés dans leurs fonctions, de manière assez irrégulière cependant et surtout assez différente suivant les cas.

Les chirurgiens et les accoucheurs ont révélé récemment des faits de nature à confirmer la réalité de ces troubles. C'est ainsi que Charcot et Souza-Leit ont interprété les faits, et, non pas à la manière de M. Gauthier de Charolles dont M. Jouin, préfère l'opinion. Les cas de Bloch et de Piqué sont aussi interprétés par leurs auteurs dans un esprit contraire à la doctrine de M. Jouin.

De ce qui précède, il faut convenir que la conclusion à tirer diffère notablement de celle qui se déduit des faits relatés par notre collègue. Il est vrai que M. Jouin s'est attaché à nous présenter ses malades comme affectées de formes frustes de la maladie de Basedow. Or, s'il est incontestable qu'il existe des formes frustes et que les neuropathologistes soient fondés à les mieux dépister de plus en plus, il faut reconnaître que l'opinion de ceux qui paraissent le plus enclins à confirmer des démonstrations de cette nature, ne s'accorde nullement, on va le voir, avec la doctrine défendue par M. Jouin.

Dans le groupement qu'il a adopté pour ses quarante-trois

cas, M. Jouin nous présente d'abord les malades chez lesquelles l'affection génitale a déterminé la névrose.

Dans un second groupe il nous montre les femmes chez lesquelles la ménopause définitive l'a fait disparaître.

A) Quelles sont donc, dans ces observations, les affections génitales qui auraient provoqué l'apparition du goître exophthalmique et dont la guérison aurait entraîné celle de la névrose? — Elles sont rangées dans le premier groupe de M. Jouin et sont au nombre de dix-huit.

C'est sept fois la *métrite*, associée une fois à la rétroversion (observ. XV) et une fois à la salpingo-ovarite (observation VIII ; = [1 fois la *salpingo-ovarite* (observ. XII) ; 3 fois un *polype* — 1 fois fibreux (observ. II), petit polype (observ. VI), polype (observ. X).

1 fois, un fibrome utérin.

1 fois, déchirure du col, stérilité (observ. IX).

1 fois, la sténose utérine et endométrite (observ. XVII).

1 fois, le cancer utérin.

2 fois, un kyste de l'ovaire.

1 fois, la blennorrhagie.

Je ferai simplement trois remarques : 1° Ces observations de quatre à cinq lignes ne peuvent être sérieusement discutées ; — 2° sauf les cas I et II la filiation des maladies n'est pas indiquée ; les autres marquent la coïncidence mais non la succession chronologique. L'auteur a donc négligé, ce qui eût été fort désirable, de fournir l'unique démonstration indispensable à sa conclusion étiologique. — 3° Quatre femmes subissent un traitement général en même temps que local, trois meurent non guéries ; quatre sont amendées ; une cinquième reste nerveuse. Restent donc six cas sur 18 où la guérison est mentionnée comme nette.

Avec ces données, je ne puis consentir à admettre que la métrite, le cancer utérin, un polype vasculaire, un kyste ovarique causent la maladie de Basedow. Toute mon observation de dix années me prouve le contraire. Les cas de M. Jouin me paraissent être l'exception. Je ne comprends pas qu'un polype, une endométrite, une sténose du col dont les malades ignorent le plus souvent l'existence, tant cette dernière affec-

tion se manifeste peu, puissent engendrer un complexe aussi grave que le goître exophthalmique, si incomplet, si fruste qu'on veuille le considérer. Je ne comprends pas davantage que l'ablation de ce polype ou l'application d'une laminaire guérissent une semblable névrose. Le raisonnement joint à l'observation sont contre l'idée de M. Jouin, et je ne puis accepter l'étiologie qu'il invoque pas plus que je ne puis accorder l'efficacité qu'il suppose au traitement exclusif et rationnel d'ailleurs de l'affection génitale.

Qu'il y ait eu coïncidence dans deux cas qui paraissent assez nets, les cas I et II, je le crois ; dans ces deux cas, d'ailleurs, l'hydrothérapie fut associée au traitement local et dans l'un d'eux, (observation I), il y eut des récidives.

b) Pour le deuxième groupe il ne comprend que des cas relatés en quelques mots et si simplement mentionnés qu'il n'y a pas de critique possible.

Ce sont des observations de femmes entre quarante-cinq et cinquante ans, chez lesquelles la cessation définitive des règles spontanée ou provoquée par le traitement ? . . . amène la guérison de la maladie de Basedow.

Il est incontestable que la ménopause engendre fréquemment des troubles nerveux qui parfois sont assez sérieux. Les perturbations du retour d'âge sont assez connues pour qu'il soit inutile d'y insister. Mais on ne trouve pas dans les observations de M. Jouin la relation de cause à effet qu'il y voit. Ainsi, voilà l'observation II : c'est une femme de 45 ans, affectée d'une très vieille métrite, et qui, depuis deux mois, présente du goître exophthalmique. On lui fait l'opération d'Emmet, un curettage et il se produit une grande amélioration !

Sincèrement, cette amélioration est-elle attribuable à l'opération ? — Dans l'observation VII, l'ablation d'un petit polype muqueux chez une femme de 54 ans la guérit complètement d'une maladie de Basedow qui date des dernières règles. Dans deux cas, il s'agit d'hystériques (observation III et XV) plus un cas douteux (observation XIII).

« Le rôle de l'hérédité est à peu près négligeable chez la plupart de nos malades » dit M. Jouin, et de fait, les antécédents héréditaires ne sont guère mentionnés. J'entends moi,

par antécédents héréditaires, non seulement la névropathie, mais ces tares nombreuses qui révèlent les dégénérescences variables d'une lignée et qui se traduisent par les manifestations du neuro-arthritisme, ainsi que c'est bien compris et établi par les pathologistes modernes qui nous ont donné une judicieuse appréciation de la nutrition viciée et retardée.

Toutefois, je trouve dans l'observation IV une mère hystérique, dans l'observation V un père aliéné, dans l'observation XII une mère aliénée ; dans trois cas, il est mentionné que des chagrins violents ont précédé le mal.

Il y a encore ici des guérisons incertaines ou incomplètes, des récidives, des cas influencés par le traitement général plus que par la ménopausé.

Si, laissant la théorie étiologique et thérapeutique, je passe à l'appréciation des symptômes, je lis dans le mémoire de M. Jouin :

A propos de l'exophthalmie, « qu'elle n'est le plus souvent que modérément accusée ; le regard est brillant, l'œil est humide et fixe, etc. ».

A propos du goître, « il est *exceptionnel* chez les Basedowienues utérines ; » les malades observent une certaine *constriction* du cou, mais elles n'ont pas eu à modifier les dimensions du col de leurs habits.

Je crois volontiers à cette appréciation, mais l'auteur semble oublier que précédemment, dans ses 43 observations, il indique l'existence du goître par cette mention du diagnostic « *goître exophthalmique* ». Il y a là une contradiction.

Mais acceptons son dernier jugement et voyons quelle est sa portée.

L'un des neuro-pathologistes qui ont le mieux et le plus étudié les formes frustes de la maladie de Basedow, M. Joffroy dit « *le goître ne manque jamais* » d'autre part toutes les théories de la maladie reposent sur le fait de l'*hyperthrophie* de la *thyroïde*. Sans goître pas de maladie de Basedow.

Du tremblement il n'est pas question une seule fois.

De la résistance diminuée de la peau au courant faradique il n'est même pas fait mention.

Par contre, la tachycardie existe toujours. « C'est le gros

symptôme du goître exophtalmique des utérines observées par notre collègue. »

Voilà, ce me semble, le point capital du sujet traité par M. Jouin.

De l'accélération du pouls qu'il a nettement constatée et de son association avec des phénomènes atténués de congestion oculaire, il conclut à l'existence de la névrose de Basedow.

Nous sommes loin, on le voit, de l'ancien trépied symptomatique : goître, exophtalmie, tachycardie, et plus loin encore du complexe nouveau, mieux étudié, encore qu'il comporte des formes frustes.

Que l'approche de la ménopause aggrave l'état des nerveuses, que la disparition définitive des règles les guérisse, c'est possible, et cela s'accorde avec l'observation.

Je crois donc sincèrement, en somme que M. Jouin a exagéré la portée de ses observations. Les conclusions théoriques et pratiques qu'il en déduit ne me paraissent pas autrement solides.

Quand on veut établir une donnée aussi importante et aussi neuve, il faut l'étayer de preuves certaines, réfuter tout ce qui est douteux.

Or, les faits douteux abondent dans le mémoire de notre collègue. Je ne peux donc m'associer à ses conclusions.

J'arrive maintenant aux deux observations qui me sont personnelles et qui ne sont pas les seules du même genre.

On voit dans la première, l'association de phénomènes nerveux assez marqués avec une tumeur utérine. A mon avis, il s'agit d'une fausse maladie de Basedow.

— Dans l'autre, il s'agit d'une maladie de Basedow véritable, compliquée de troubles utérins assez graves et très persistants.

OBSERVATION I. — *Maladie de Basedow vraie. — Métrorrhagies, parésie génitale. — Insuccès du traitement local.*

Madame M., 42, rue Claude-Vellefaux, 30 ans.

Père mort suicidé.

Mère morte à 37 ans de spleen ou de tuberculose ?

Grands parents morts âgés.

Pas de nerveux du côté des collatéraux.

Réglée à 11 ans, irrégulièrement pendant les premiers temps.

Elle se marie à 18 ans et, pendant la première année de son mariage, elle a quelques ménorrhagies, puis brusquement une véritable métrorrhagie qui se poursuit deux mois avant le premier accouchement.

Une consultation a lieu entre le médecin de la famille et M. C.; l'on croit à l'existence d'une tumeur et l'on pronostique la stérilité.

Premier enfant — 5 ans 1/2 après le mariage — Accouche-ment à terme d'un enfant vivant du sexe féminin qui n'a eu que quelques accès de laryngite striduleuse pendant la dentition.

Deuxième enfant — 20 mois plus tard. — Sexe masculin. Bonne santé habituelle.

Troisième enfant — 18 mois après.

Quatrième enfant 14 mois après en juillet 1892. — Mort au bout de 11 mois, subitement, de convulsions. Tandis que la malade avait nourri les autres enfants, elle n'allait pas celui-ci.

Au retour de couches, la malade a eu une métrorrhagie abondante et, à partir de ce moment, les règles n'ont pas cessé d'être très abondantes sans qu'il se fit d'écoulement sanguin dans les intervalles.

La malade me consulte en novembre 1893. — Je trouve un gros utérus, un très gros col hypertrophique d'apparence fibroïde, de volume énorme; l'isthme, la partie la plus vasculaire du col est aussi très augmentée de volume; — lacération à gauche. — La muqueuse, en ectropion, est épaisse et kystique.

Les lèvres du col sont bleuâtres, violacées; peu de leucorrhée, mais les règles sont profuses, durent cinq à six jours, beaucoup trop abondantes, « on la suit à la trace. »

Vagin ample, comme parésié. Vulve agrandie; périnée déchiré. La malade a fait son premier enfant debout. Malgré la notion significative de cet incident on a le sentiment que la musculature de tous les organes est affaiblie; les muqueuses sont le siège d'une vive congestion passive.

Je pratique le curettage et l'ablation de la partie malade du col.

Malgré ce traitement, les ménorrhagies persistaient et les règles avançaient de 6 à 8 jours.

N'ayant pu trouver de fibrome, ayant la conviction que la muqueuse s'était renouvelée suivant le processus normal après l'accouchement, mon sentiment était que ces ménorrhagies étaient indépendantes d'une lésion matérielle de l'utérus et je portai mon attention du côté du système nerveux. J'avais constaté la coloration vive du facies, l'espèce d'apathie et d'abandon, l'intelligence obtuse, une saillie anormale des globes oculaires, avec un peu d'hypertrophie des corps thyroïdes, un tremblement léger, des palpitations cardiaques faciles, un pouls très rapide, des pleurs fréquents.

Les phénomènes ont augmenté à la suite d'une peur occasionnée par une attaque nocturne. Mon ami, le docteur Talamon qui examine la malade le 20 novembre 1894 me fournit une note concordant avec les renseignements ci-dessus. Voici sa lettre :

« Madame X... me paraît bien atteinte d'un commencement « de maladie de Basedow. Bien qu'elle dise avoir toujours eu les « yeux saillants, l'hypertrophie des deux lobes de la thyroïde est « évidente et les battements du cœur sont de 120 à la minute, « avec des crises plus fortes à la moindre émotion ou ascension. « En outre, elle a de l'insomnie, des sensations de chaleur générale, un affaiblissement de toutes les forces.

« Je crois que c'est un ensemble suffisant.

« Je lui conseille l'iodure de fer, le valérienat de zinc, et l'hydrothérapie froide, quand elle sera guérie de son rhume. »

Durant toute l'année 1894, je lui prescrivis des douches qui combattent efficacement l'état nerveux psychique.

J'ai examiné la malade à plusieurs reprises durant le courant de l'année, sans trouver de lésions nouvelles ; utérus de volume normal, en position normale ; le col est resté atrophié ; du côté de cet organe, les manifestations ont tout à fait disparu ; les phénomènes ne sont que l'accentuation des symptômes liés à la névropathie générale, avec augmentation des palpitations du tremblement et du goître.

Telle elle est encore au mois de février 1895, époque où je la revois dans mon service, à la Pitié.

Ce cas me paraît assez net. Les métrorrhagies étaient sous l'influence de la maladie nerveuse ; celle-ci se présente avec une étiologie, une symptomatologie, on peut dire classiques.

L'opération ne modifie pas l'état génital ; seul, le traitement antispasmodique fait disparaître les symptômes génitaux sans guérir la névrose.

OBSERVATION II. — *Fibrome utérin. — Troubles nerveux rappelant le syndrome de Basedow. — Hystérectomie. — Guérison.*

N. B. Cette observation est reproduite textuellement telle que mon assistant, le docteur Dutil, ancien chef de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière l'a recueillie lui-même. Je n'exagère pas en disant que M. le docteur Dutil, mit toute son attention à bien élucider le cas, au point de vue des symptômes et qu'après avoir cru à une forme fruste du goître exophtalmique, il se rangea à l'avis que j'avais émis sur la nature de la maladie. La rédaction qu'on va lire en fait foi.

Madame D..., 43 ans, de Garenne, par Bueil (Eure).

Réglée à 15 ans, très régulièrement. Elle éprouva trois mois après son mariage, à la suite d'un retard de deux mois, une perte de sang, peut-être une fausse couche.

Premier accouchement, à terme, à l'âge de 25 ans sans suites fâcheuses ; a nourri pendant 2 à 3 mois.

Deuxième accouchement, 26 ans, à terme ; perte de sang abondante deux heures après la délivrance.

Troisième accouchement, 19 mois après ; pas de complications immédiates ; s'est levée au bout de quelques jours. Quelque temps après, Madame D... a commencé à éprouver des douleurs dans les reins, le ventre, une sensation de pesanteur au fondement. Règles régulières, mais presque nulles. Quelques gouttes de sang, dit-elle.

Par dessus tout, un état névropathique très accentué et qui s'accroissait encore au moment des époques ; des énervements, des agacements dans les membres ; des envies de pleurer, de l'insomnie ; l'appétit est capricieux ; digestions pénibles avec gonflement épigastrique, bouffées de chaleur et quelquefois vomissements alimentaires ou muqueux ; faiblesse générale, tremblements, palpitations de cœur. Cet état a persisté sans rémission pendant trois ans. La malade gardait constamment le lit ou la chambre. Son médecin, pendant ce temps, ne s'occupait pas de l'état de l'utérus, donnait des médicaments, des douches, des



bains de rivière. Les troubles s'aggravant, elle alla consulter un second médecin, M. Durdos qui diagnostiqua et traita la métrite.

Pansements, tampons, cautérisations. Ce traitement reste d'abord infructueux. Un jour, on la brûle au fer rouge et un mieux sensible se produit ; elle peut sortir, se promener. Ce mieux a persisté jusqu'à il y a deux ans 1/2, mais dans cet intervalle, la malade n'a pas cessé de souffrir des reins, du ventre et de l'estomac. Les règles étaient plus abondantes à chaque époque, les malaises s'accroissaient et après un petit pansement, le malaise, l'agacement, les palpitations se calmaient. Depuis deux ans 1/2, règles régulières très peu abondantes durant deux, trois, quatre jours.

Douleurs ou plutôt des impatiences dans les reins, parfois faux besoin d'uriner ou d'aller à la selle, pesanteur au fondement, constipation opiniâtre.

Voilà pour la sphère génitale.

L'état nerveux que présente cette malade répond bien ou plutôt ressemble au tableau de la maladie de Basedow, (forme fruste), cependant sans goitre, ni exophtalmie.

En effet, on constate les symptômes suivants :

1° Des palpitations violentes qui apparaissent, non pas à l'occasion de la marche, des efforts, mais au repos, spontanément la nuit ou à l'occasion d'émotions, souvent après le repas et alors elles font partie du malaise général que déterminent les digestions, (il n'y a aucune lésion organique du cœur).

2° De la tachycardie permanente (117 à 120 pulsations à la minute, sans fièvre).

3° Un tremblement vibratoire constant de l'extrémité supérieure, et qui parfois se généralise.

4° Des impatiences, des mouvements de colère, irritabilité.

5° Des sensations de chaleur montant par bouffées à la face ; la nuit fausse fièvre ; elle a trop chaud, sueurs des extrémités, elle est obligée parfois de se découvrir et de se lever.

Il y a quelques mois, ces troubles étaient à un haut degré d'intensité. La violence des palpitations fit croire à une maladie de cœur. Le tremblement était très intense avec insomnies opiniâtres. Le médecin fit quelques pansements, galvanisations, et la malade se trouva un peu soulagée. Jamais d'attaques, ni aucun symptôme hystérique.

Mais ces derniers troubles persistent encore et la malade se décide à venir consulter M. Doléris.

Etat : 21 février 1891. Indépendamment des troubles précédemment relatés, on constate dans la sphère génitale :

Utérus à paroi épaisse. Cavité 7 centimètres  $1/2$  ; — sur le plan antéro-latéral gauche, empiétant dans le ligament large, un fibrome du volume d'une orange, implanté sur une base large, au-dessous et près de la corne utérine gauche. Rien aux annexes.

Opération le 23 février. Incision de 8 centimètres  $1/2$  à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic et quatre travers de doigt du pubis. La tumeur fibreuse fait corps avec l'utérus ; elle a bien le volume d'une orange ; elle siège sur le plan antéro-latéral gauche contre l'insertion de la trompe. L'utérus a ses parois épaissies. La tumeur s'implante profondément. M. Doléris estime qu'elle fait saillie dans la cavité utérine et décide l'hystérectomie avec ablation des annexes, au lieu d'une simple énucléation.

Opération régulière sans difficultés. Suites opératoires simples. La malade est en état de sortir au bout de quinze jours.

20 mars. Dès cette époque, l'examen permet de constater la disparition des symptômes nerveux. La tachycardie, le tremblement, les palpitations ont cessé. La malade est sortie complètement calme, guérie de ses troubles nerveux, le 8 avril.

Si je voulais reproduire des observations analogues de ma pratique, je n'aurais que l'embaras du choix, encore que l'ensemble symptomatique nerveux ne soit pas identique dans toutes. Mais, j'ai choisi celle-ci parce que le doute était permis dans cecas, et parce qu'il y avait matière à discussion. Je l'ai choisie surtout en raison de sa date (1891), et de la compétence spéciale du Dr Dutil qui a minutieusement étudié le cas, en dépit d'une tendance bien excusable chez un neuro-pathologiste, à redresser fort judicieusement une première appréciation, qui assimilait notre cas justement à une des formes frustes invoquées par M. Jouin. Il ne manque pas de femmes malades, plus ou moins névropathes, assaillies en outre par les chagrins prolongés ou l'obsession, subissant des perturbations profondes et chez lesquelles on démêle aisément, au travers d'un ensemble de symptômes très complexes, de la tachycardie

persistante, des tremblements, des altérations psychiques, des variations trophiques, etc., tous symptômes appartenant individuellement à la maladie de Basedow mais qui ne caractérisent ce syndrome que lorsqu'ils sont nettement associés au *goître*.

J'arrive aux conclusions suivantes :

1° La maladie classique de Basedow, caractérisée par des symptômes fixes tels que le *goître*, l'exophtalmie, la tachycardie, le tremblement, paraît être une simple coïncidence en matière de gynécologie, tant il est rare de la rencontrer chez les femmes malades.

Elle peut retentir sur l'état général de la femme par l'intermédiaire des troubles circulatoires moteurs et psychiques et provoquer des symptômes en rapport avec ces perturbations.

Le traitement de la maladie génitale ne paraît pas raisonnablement devoir l'influencer.

2° Les formes frustes de la maladie de Basedow exigeant au moins l'existence du *goître* sur lequel la plupart des théories de la maladie sont basées, il est imprudent pour le gynécologue d'accepter trop facilement des types frustes, étant donnée l'incertitude de la science à cet égard et surtout les réactions nerveuses vives, profondes et durables que certaines affections utérines ou annexielles provoquent. Le fibrome utérin paraît être dans ce cas.

Il est donc permis de préjuger que la guérison de l'affection génitale guérira les symptômes nerveux simulant une forme fruste de la maladie de Basedow.

#### Discussion :

M. JOUIN. — Je suis surpris, comme le docteur Doléris, du nombre relativement considérable des cas de maladie de Basedow que j'ai pu recueillir au cours de sept années. Pourtant, en y réfléchissant, la chose ne me paraît pas extraordinaire.

Sans parler de la loi des coïncidences et des séries, qui ne signifie rien au fond, je trouve deux raisons sérieuses de ma bonne fortune.

D'abord les malades, les femmes principalement, s'envoient

les unes les autres au médecin dont elles sont satisfaites, et la chose est vraie surtout quand il s'agit de personnes appartenant au monde médical, ce qui est le cas pour deux de mes clientes.

Ensuite, et surtout, je crois être arrivé à dépister le goître exophthalmique dans des circonstances où il aurait pu et dû passer inaperçu à un observateur non prévenu.

La chose étonne et est même déclarée invraisemblable. Mais combien de symptômes échappent ainsi aux cliniciens jusqu'au jour où un événement, une communication retentissante, viennent les mettre en évidence. Qui connaissait, il y a vingt ans, les stigmates de l'hystérie ?

M. Doléris me dit que j'ai pris, pour des phénomènes Basedowiens, des symptômes nerveux, vagues, et d'observation banale. Il conclut que mes malades étaient atteintes de pseudo-goîtres exophthalmiques.

A ce dernier point de vue nos opinions se rapprochent. Oui, mes malades étaient atteintes de cas bénins et qui demandaient à être dépistés. Oui, la guérison a été facile. Et le pronostic du mal de Basedow d'origine utérine est plus bénin que celui du mal de Basedow jusqu'ici décrit.

*Mais c'est précisément pour le dire que j'ai fait ma communication.*

Est-ce à des faits de pseudo-goîtres que j'ai eu à faire ? Pour me le prouver, il faudrait d'abord me définir le vrai goître exophthalmique, m'en donner la nature, la délimitation. Et la question n'est pas encore faite. Le champ reste libre et aucune hypothèse n'est jusqu'ici acceptée sans conteste.

Donc, si j'observe une série de cas à symptomatologie particulière, vous n'avez pas le droit de les mettre en dehors du cadre général de la maladie de Basedow, puisque les limites n'en sont pas déterminées.

Vous constatez l'absence d'exophthalmie et de goître chez quelques-unes de mes malades et vous avez raison de le faire. Mais la maladie comprend aussi la tachycardie qui ne m'a presque jamais fait défaut. Et j'avoue, en effet, que c'est surtout ce symptôme qu'il m'a été donné de relever. J'en ai trouvé d'autres, tels que le tremblement, l'insomnie, l'amaigrissement, l'agitation nerveuse, autrefois peu connus dans

le mal de Basedow, et auxquels on attribue aujourd'hui, avec raison, une importance considérable.

Enfin, et c'est surtout sur ce point que je veux appuyer, je me suis fait à moi-même la très judicieuse objection exposée par M. Doléris, et dans les cas douteux, j'ai conduit mes malades au professeur Potain qui a toujours confirmé mon diagnostic. Cette autorité, je l'avoue, m'a suffi pour accepter définitivement l'opinion que je m'étais faite.

Maintenant que l'attention est attirée sur ce point, on trouvera souvent, j'en suis convaincu, chez les utérines, des cas de goître exophtalmique. Depuis ma communication on m'en a déjà communiqué quatre faits dont deux observés par Guinard, qui a guéri le mal de Basedow à deux reprises en pratiquant des hystérectomies abdominales pour cas de fibromes. Et je sais qu'un élève de la Faculté de Paris prépare une thèse dans laquelle il arrive à des conclusions semblables aux miennes. Aussi j'attends avec confiance le jugement de l'avenir.

**M. BONNET.** — J'ai observé trois cas de maladie de Basedow dans ma pratique gynécologique.

Deux de ces femmes ont été guéries de leur affection utérine, mais ont vu leur maladie de Basedow s'aggraver à la suite de l'opération. Dans un cas la malade fut prise d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, et 15 mois après elle était atteinte d'une véritable maladie de Basedow. La seconde, qui avait déjà son goître, l'a vu augmenter rapidement à la suite de l'opération (amputation du col et Alexander). Quant à la troisième, au contraire, ce goître a paru s'améliorer à la suite du traitement intra-utérin.

**M. DOLÉRIS.** — Il me semble que M. Jouin en interprétant ses observations, vient de se rapprocher de ma manière de voir. Malgré tout, quand nous voulons établir les relations possibles entre la gynécopathie et telle ou telle classe de maladies, nous avons surtout à considérer, nous les gynécologues, des faits positifs, bien établis, avec un cadre nosographique net, qui nous permette d'apprécier sainement. La névrose de Basedow a un cadre classique et il est utile de le respecter.

Quant aux formes frustes de cette névrose, surtout si, com-

me on tend à le faire, on en limite l'expression symptomatique à la tachycardie, phénomène si fréquent chez les femmes nerveuses, affectées ou non de maladies génitales, ce sont des subtilités, des conceptions trop jeunes encore et trop insuffisamment établies, pour les accepter sans inconvénient ; les neuropathologistes peuvent du reste rechercher ces formes frustes ; c'est leur rôle. Mais, jusqu'à nouvel ordre, je vois un danger, à notre point de vue professionnel, à accepter l'assimilation de ces deux formes : l'une certaine, l'autre incertaine, et à espérer trop facilement ou à faire espérer aux malades affectées d'une véritable maladie de Basedow, toujours grave, à pronostic sérieux puisque, d'après Charcot, le quart des malades en meurent, qu'il peut suffire pour faire disparaître cet ensemble symptomatique, constantes de la névrose, le goître, l'exophtalmie, la tachycardie, le tremblement, voire le cortège des symptômes accessoires, de curetter l'utérus pour une simple endométrite concomitante.

Je ne vois pas, pour ma part, le retentissement que peut avoir l'endométrite sur une telle névrose et je ne me crois pas autorisé à vanter l'utilité du traitement utérin.

Par contre, si j'accepte que le système nerveux puisse être troublé assez profondément par l'évolution d'une tumeur utérine ou une déviation, mon observation ne me permet pas de dire que j'aie jamais été trompé sur la valeur des manifestations, non pathognomoniques mais accessoires, que l'on observe en pareil cas, malgré l'apparence ; et dans l'espèce, il serait tout aussi téméraire, en les voyant disparaître, par le fait de la guérison chirurgicale de ces lésions, d'affirmer que l'opération a eu pour résultat d'enrayer définitivement, de guérir un état nerveux, aussi grave que l'est le goître exophtalmique.

C'est à ce double point de vue seulement, point de vue pratique, professionnel, je le répète, que je me crois tenu à une grande réserve ; car je ne peux admettre que la réussite de mon intervention puisse être considérée comme une sanction nouvelle du traitement des formes dites frustes, encore trop vaguement déterminées de la maladie de Basedow.

L'opinion du médecin, appelé à juger les cas, a une grande valeur pour la constatation d'un symptôme, c'est certain.

M. Potain a vu la tachycardie chez quelques malades de M. Jouin ; c'est indiscutable. Mais, a-t-il conclu résolument dans tous ces cas au goître exophthalmique ? voilà comment la question me paraît devoir être posée.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE.

M. BONNET. — De l'importante communication de M. Petit qui soulève presque toutes les questions les plus pratiques, de la gynécologie courante, je ne retiendrai que deux points, sur lesquels je demande la permission d'exposer les résultats de mon expérience personnelle, à savoir : le traitement de la *cervicite* et le *traitement indirect* des inflammations annexielles.

Si l'*endocervicite* est quelquefois assez facilement curable, tout à fait au début, à la période catarrhale, limpide, de son évolution, par l'application locale de simples antiseptiques ou de caustiques légers, il faut bien avouer qu'on est rarement consulté à cette période et que, le plus souvent, l'inflammation est déjà ancienne, profonde et, partant, extrêmement rebelle. Nous savons tous que, si quelques pansements intra-cervicaux, associés aux injections antiseptiques et décongestives, apportent une amélioration assez rapide, celle-ci n'est pas souvent de longue durée et les malades, abandonnées à elles-mêmes, ne tardent pas à revenir, avec une périodicité décourageante, se plaindre de récidives ou à changer de médecin. C'est pour obtenir une guérison efficace et définitive qu'on a imaginé divers procédés chirurgicaux tendant à poursuivre l'inflammation jusque dans ses retranchements les plus éloignés, c'est-à-dire jusque dans les culs-de-sac glandulaires où elle se réfugie.

On a commencé par le curettage simple, qui ne pouvait aller assez profondément et qui a donné, à ce point de vue, assez de mécomptes pour mettre en suspicion l'opération elle-même.

Un peu plus tard, et à peu près simultanément, Pestalozza, en Italie, et Doléris ont imaginé de faire l'abrasion de la muqueuse endo-cervicale au bistouri, puis de thermocautériser la surface cruentée. J'ai employé ce procédé plusieurs fois, il y a 7 ans : il donne d'excellents résultats quant à la suppres-

sion des sécrétions, mais il produit de la sclérose tardive des bords de l'orifice externe et, par suite, de la sténose. M. Doléris y a renoncé et c'est alors qu'il a imaginé le *hersage*, destiné à dilacérer les culs-de-sac glandulaires et à permettre l'accès profond des topiques sur les épithéliums glandulaires malades.

L'action de la herse seule ne m'a pas toujours paru suffisante, soit que ses lames, trop courtes, ne pénétrassent pas assez profondément, soit que les sections linéaires qu'elles produisent se réunissent trop rapidement dans un milieu désormais aseptique. Combinée à celle de la curette tranchante, qu'on emploie alternativement, comme le fait du reste M. Doléris, de manière à abraser les lamelles de tissu divisées par la herse, l'action de cet instrument est complète, parce qu'on pénètre de la sorte jusque dans le tissu musculaire et qu'on ouvre largement, ou qu'on enlève même, les diverticules glandulaires malades. J'ai fait 34 fois le hersage du col et si j'ai eu quelques légères récidives du catarrhe après avoir employé la herse seule, j'ai toujours obtenu la guérison parfaite en combinant son action à celle de la curette tranchante.

C'est dans le même esprit que M. Bouilly pratique au bistouri l'excision profonde de la muqueuse en laissant seulement, aux deux commissures, une greffe de cette muqueuse destinée à sa réparation ultérieure.

C'est aussi pour atteindre jusque dans les faisceaux musculaires où ils pénètrent, les culs-de-sac glandulaires infectés que M. Petit et moi, nous avons songé, depuis deux ans, à pratiquer l'*évidement du col* au moyen d'une curette à boucle *très tranchante*. Je dis *très tranchante*, en soulignant le mot, parce que l'instrument doit trancher comme un bistouri et être traité de la même façon, c'est-à-dire aiguisé pour chaque opération et stérilisé par l'éther ou le chloroforme ou à l'étuve sèche.

Avec cet instrument, on abrase, de haut en bas, comme avec un rabot, non seulement la muqueuse, mais encore des copeaux du tissu musculaire sous-jacent. On peut régler, à volonté et suivant les cas, la profondeur à laquelle on doit pénétrer. On est sûr, par ce procédé, d'enlever, si on veut, ou du moins d'ouvrir, toutes les glandes et de rendre ac-



cessibles aux topiques, dont l'application constitue les pansements consécutifs, les culs-de-sac les plus profondément situés. Il est bon, du reste, d'en laisser quelques-uns qui joueront le rôle de griffes épithéliales pour la reconstitution d'une muqueuse saine.

On pourrait craindre, à priori, qu'un pareil procédé ne déterminât de la sténose : l'expérience a prouvé qu'il n'en est rien et l'examen de cols opérés depuis près de deux ans m'a permis de constater qu'ils avaient conservé toute leur souplesse. Je compte environ 60 cas (34 hersages, plus 26 évidements) opérés soit par le hersage combiné à la curette tranchante, soit par l'évidement du col : un certain nombre de ces malades ont accouché une ou plusieurs fois sans aucun incident, ni sans retard notable de la dilatation. Quant au résultat thérapeutique, je l'ai toujours vu parfait à la suite de l'évidement.

Il est bien entendu que ce traitement de la cervicite ne s'applique qu'aux nullipares et, chez les multipares, aux cas relativement récents où le col a conservé un volume à peu près normal et où la lésion consiste surtout dans l'éversion de la muqueuse avec catarrhe glandulaire.

Dans les cas plus anciens, lorsqu'il y a déchirure uni ou bilatérale, ectropion des lèvres, hypertrophie du col, kystes muqueux ou muco-purulents, l'évidement ne suffirait pas, et c'est à l'amputation, d'après le procédé de Schröder, qu'il faut recourir. Je l'ai employé environ 45 fois. C'est un procédé auquel je reste fidèle et, si dans mes toutes premières opérations, je n'ai pas toujours obtenu un orifice aussi large et aussi souple que je l'eusse voulu, en définitive, je n'ai jamais observé de sténose véritable, ni aucun trouble fonctionnel ; l'expérience technique plus grande que j'en ai acquise et les résultats thérapeutiques parfaits que j'en ai toujours obtenus m'en rendent un partisan de plus en plus convaincu.

Cependant, j'ai constaté, comme l'a fait remarquer M. Petit, et comme l'ont observé C. Braun, Martin, Emmet, Pozzi, etc., que l'involution provoquée, non seulement sur l'utérus, mais sur tout l'appareil génital, par ces opérations sur le col, dépasse parfois la mesure, qu'il se produit une sorte de super-involution caractérisée par un certain degré d'atrophie de

l'organe et par de l'oligoménorrhée, momentanée ou même définitive. J'ai même observé ce phénomène dans 3 ou 4 cas, à la suite du hersage ou de l'évidement du col.

Le deuxième point de la communication de M. Petit sur lequel je demande à dire quelques mots est celui qui a trait à l'action du traitement intra-utérin, et de la dilatation en particulier, sur les états inflammatoires, récents ou anciens, des annexes. Walton, Pouillet, Doléris, Le Dentu, etc., ont éprouvé et préconisé l'efficacité de cette méthode, qu'on aurait tort, évidemment, de vouloir généraliser.

MM. Labadie-Lagrave et Basset ont publié récemment une étude intéressante du diagnostic et du traitement médical des salpingites (*Semaine médicale*, du 9 janvier 1895) : ces auteurs traitent les salpingites quelles qu'en soient la nature et l'ancienneté, par la dilatation, le curettage et le drainage à la gaze iodoformée glycinée : ils ont toujours obtenu ou la guérison complète et définitive ou une amélioration considérable, caractérisée par la disparition des douleurs, la diminution des tuméfactions inflammatoires et le relèvement de l'état général, résultats équivalents à une guérison relative.

Mes résultats personnels conformes, à ceux qu'a obtenus M. Petit, sont beaucoup moins *généralement* satisfaisants ou, du moins, dans quelques cas, moins définitifs que ceux de MM. Labadie-Lagrave et Basset, et je ne les ai pas toujours obtenus par des procédés aussi simples que la dilatation, le curettage et le drainage seuls. On a, le plus souvent, affaire, en effet, à des états complexes. Je crois que l'état du col doit entrer pour une large part, sinon dans la production, au moins dans l'entretien des symptômes physiques et fonctionnels de certaines annexites. Le prolapsus et les déviations jouent aussi un rôle important dans les manifestations douloureuses de ces lésions ; aussi les cas où j'ai obtenu les meilleurs résultats, sinon immédiats, au moins prochains et définitifs, sont ces cas complexes où la tuméfaction et le déplacement des annexes s'accompagnaient de métrite, surtout cervicale, ou de prolapsus avec ou sans rétroversion, cas dans lesquels j'ai combiné la dilatation prolongée avec

l'amputation ou l'évidement du col et avec la restauration de la statique pelvienne.

J'ai traité de la sorte 36 cas, dont 5 seulement par la dilatation seule. Les résultats ont été *généralement* favorables, mais très divers, et cette diversité s'explique surabondamment par la diversité même des lésions qu'on constate chaque fois qu'on s'attaque directement à elles. Cependant, deux succès tout à fait inespérés et que je demande la permission de citer brièvement, m'avaient donné grande confiance dans la méthode.

Dans l'un, il s'agissait d'une femme de 32 ans, malade depuis plus de 10 ans, à la suite d'une fausse couche. Depuis plusieurs mois, elle ne quittait pas le lit ou la chaise longue, maigrissait, avait de la fièvre tous les soirs et des sueurs nocturnes. A mon premier examen, je trouvai, latéralement et remontant à hauteur du fond de l'utérus, deux tuméfactions du volume d'une mandarine et d'une dureté telle que je songeai à l'existence de fibromes compliqués de pyosalpinx et que je fis part de ce doute au médecin. Cette malade, ne voulant pas se soumettre au traitement radical, je proposai la dilatation prolongée. J'ai fait deux séries de dilatation, à un mois d'intervalle, l'une de 13, l'autre de 14 jours. Il est vrai que la malade a montré une tolérance qu'il est rare de rencontrer en pareil cas : au bout de 3 ou 4 jours de dilatation, les malades sont mises souvent dans un état nerveux qui ne permet pas toujours de continuer le traitement. Chez celle-ci j'obtins une dilatation me permettant d'introduire et de mobiliser deux doigts jusqu'au fond de l'utérus : à chaque renouvellement de laminaire ou d'éponge, c'est-à-dire chaque jour, je faisais une injection intra-utérine et un badigeonnage à la créosote glycinée. Au cours de ce traitement, j'ai pu voir *fondre*, en quelque sorte, et se résorber définitivement les deux tuméfactions qu'en raison des symptômes généraux qui les avaient accompagnées, on a le droit de supposer avoir été des salpingites purulentes revêtues d'une épaisse coque de fausses membranes.

Ma deuxième malade avait, depuis le début de ses accidents, d'origine blennorrhagique, remontant à 6 ans, époque de son mariage, consulté 22 médecins, chirurgiens ou gynécologues

dont plusieurs, des plus autorisés, avaient conseillé l'opération radicale. Moi, 23<sup>e</sup>, après avoir constaté une métrite profluente et la présence de deux grosses tuméfactions diffuses, très douloureuses, évidemment constituées par les annexes malades englobées par de fausses membranes, devant le résultat négatif de tous les traitements suivis jusque-là, je ne pus conseiller aussi que l'ablation des organes. La malade avait eu plusieurs poussées de pelvipéritonite dont une récente, et depuis deux mois, ne quittait pas le lit. Comme elle se refusait formellement à la laparotomie ou à l'hystérectomie, je lui proposai, sans conviction, et à titre d'essai, la dilatation en séries, qui fut commencée après les règles suivantes. La première série, qui ne put être tolérée, difficilement, que pendant 7 jours par la malade très nerveuse, ne donna d'autre résultat qu'un certain assouplissement des tuméfactions, sans diminution appréciable des douleurs. Le mois suivant, la dilatation fut supportée pendant 12 jours et suivie du curettage et de l'évidement du col. Je pus suivre, pendant cette période, l'assouplissement, la diminution progressive du volume des tumeurs et, d'une façon caractéristique, le dégagement des annexes de leur gangue pseudo-membraneuse. Trois mois après le début du traitement, toute trace de tuméfaction avait disparu, résultat constaté par M. Bouilly, l'un des chirurgiens consultés antérieurement, et qui s'est maintenu depuis 20 mois.

Par contre, j'ai été obligé de faire, il y a deux mois, la laparotomie à une jeune femme que j'avais traitée, il y a 3 ans, par la méthode indirecte, et avec toutes les apparences du succès, pour de la métrite compliquée de grosses lésions annexielles bilatérales, d'origine blennorrhagique. Malgré le volume des lésions, celles-ci étant récentes, je crus pouvoir me contenter du traitement de la métrite et je fis de la dilatation, suivie du curettage et de l'amputation du col. Après quelques alternatives d'amélioration et d'aggravation du côté des annexes, la malade semblait définitivement guérie et restait deux ans et demi sans souffrir. Ayant depuis quelques mois ressenti par intervalles, plus éloignés qu'autrefois cependant, ses crises douloureuses, elle est venue me prier de la débarrasser de ses organes malades. J'ai trouvé deux gros ovaires

scéléro-kystiques, contre lesquels le traitement indirect ne pouvait évidemment rien, et deux trompes volumineuses, sinueuses et pleines de liquide non purulent, recouvertes d'adhérences.

Sur les 36 cas que j'ai traités ainsi, soit par la dilatation seule, soit par la dilatation suivie d'opérations mineures sur l'utérus et le vagin, 14 ou 15 malades semblent bien définitivement guéries ; 4 ou 5, des névropathes, n'ont retiré aucun bénéfice de la méthode ; les autres, généralement améliorées, surtout du fait de la guérison de leur métrite ou de leur prolapsus, ont eu des alternatives à évolution variable, c'est-à-dire que, se croyant guéries pendant les quelques semaines ou les quelques mois qui ont suivi l'intervention, elles ont été, par la suite, aux prises avec les mêmes accidents qu'autrefois ; ou, au contraire, ces accidents ayant continué pendant un certain temps après l'intervention, ont fini par s'es-pacer en diminuant d'intensité.

Je ne me dissimule pas que ces résultats ne soient trop vagues pour offrir la valeur d'une statistique. De nombreux éléments, en effet, concourent à influencer les observations : les conditions sociales et physiologiques de chaque malade, la complexité et l'âge des lésions (métrites, déplacements compliquant les annexites), la diversité de leur origine et de leur nature, la difficulté pratique de leur diagnostic clinique, etc.

Aussi c'est moins un relevé numérique et probant que j'ai voulu faire, qu'une *impression générale* que j'ai essayé de tirer des résultats de mon expérience, et que je puis formuler ainsi :

Non seulement je n'ai jamais eu d'accident mortel ; mais je n'ai jamais vu le traitement indirect, pratiqué, comme il doit l'être, en dehors des poussées aiguës, aggraver les lésions annexielles.

Dans presque la moitié des cas, j'ai obtenu la guérison, au moins symptomatique, sinon immédiate, après quelques alternatives.

Dans 1/7 des cas, les résultats ont été nuls. Dans les autres, il y a eu une simple amélioration.

Malgré deux ou trois faits de guérison inespérée et de disparition de tuméfactions anciennes, je crois plus indiqués pour cette méthode les cas récents et ceux dans lesquels prédomine,

comme lésion anatomique, l'élément phlegmoneux, paramétritique et périannexiel. La dilatation et le traitement intra-utérin, en ce qui concerne les lésions anciennes, m'a semblé agir d'abord, et souvent exclusivement, sur les adhérences dont ils favorisent l'infiltration, le relâchement et la résorption.

J'ai vu, mais je n'ai vu que très rarement, des collections kystiques, dûment constatées, disparaître par résorption ou par évacuation directe au cours de la dilatation. Si j'ai pu croire, dans quelque cas, à l'évacuation par l'utérus, de collections tubaires, muqueuses ou purulentes, en raison de la quantité du liquide imprégnant l'éponge dilatatrice, j'ai vu, par contre, cette éponge aussi copieusement imprégnée en cas de métrite du col, sans lésions tubaires, le muco-pus provenant de l'hypersécrétion des glandes cervicales malades. Je ne puis nier cependant d'avoir constaté plusieurs fois la diminution ou la disparition de tuméfactions tubaires coïncidant avec cet écoulement au cours de la dilatation.

Quand la lésion annexielle consiste surtout dans la sclérose de la trompe et la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire, il est évident qu'il ne faut pas compter sur le traitement indirect.

Comment agit la dilatation ? J'accepte volontiers, suivant les cas, l'explication de la dilatation de l'ostium utérinum, et du drainage, lorsque se produit l'évacuation du contenu des trompes ; du massage facilitant la division et la résorption des exsudats anciens, etc. Mais j'incline volontiers à admettre l'action des antiseptiques portés par absorption lymphatique ou veineuse, au même titre que les éléments pathogènes, dans le foyer inflammatoire non encore éteint ? En effet, c'est dans les cas récents et ceux dans lesquels domine l'inflammation du tissu cellulaire que j'ai vu se produire les plus rapides et les meilleurs résultats.

En résumé, le traitement indirect des inflammations annexielles est loin de répondre à tous les besoins ; cependant, en raison de son innocuité, s'il est pratiqué avec prudence, et des avantages qu'on peut en retirer, même en cas de nécessité ultérieure d'un traitement radical, on doit le proposer aux malades si on a sur elles assez d'autorité pour le leur faire accepter avec les inconvénients de sa durée et l'éventualité d'un succès incomplet ou même d'un insuccès possible.

**M. CH. FOURNEL : Conservateurs et mutilateurs.**

**LA DILATATION UTÉRINE APPLIQUÉE AUX LÉSIONS PELVI-ANNEXIELLES  
N'EST PAS UNE MÉTHODE CONSERVATRICE.**

Parmi les ressources de la thérapeutique intra-utérine il en est une qui, à l'origine simple tour de main, a grandi peu à peu et veut s'élever du rang de procédé à celui de méthode, c'est la dilatation de l'utérus.

Lorsqu'on jette un regard d'ensemble sur la gynécologie, on est profondément étonné de la quantité d'affections diverses que la dilatation veut embrasser.

Non contente de son utilité incontestable lorsque, appliquée à l'utérus seul, elle rend sa cavité plus accessible et permet d'accéder à la face interne de la muqueuse, soit dans un but d'exploration pour préciser un diagnostic, soit dans un but thérapeutique, tel que le traitement des métrites ; — la dilatation voudrait encore ajouter à son territoire les affections des annexes utérines, du tissu cellulaire et du péritoine qui les entoure.

Ce serait englober à elle seule toute la pathologie des organes génitaux internes. Il y a lieu de restreindre son rôle aux proportions plus modestes, quoique très satisfaisantes déjà, du domaine utérin pur.

En tant qu'appliquée à l'utérus pour cet organe seul, elle était connue depuis longtemps. Elle fut perfectionnée à l'avènement des doctrines antiseptiques et Vulliet, employant les boulettes d'ouate iodoformée, montra l'utilité pour l'utérus d'une dilatation chirurgicalement propre, longtemps maintenue et progressivement croissante.

À la lecture de cet auteur, l'idée vient aussitôt que des bandelettes de gaze iodoformée seraient d'un maniement plus commode, plus facilement et plus sûrement retirées que des boulettes d'ouate isolées. Cette substitution s'opéra donc dans nombre de cliniques.

**I. — L'utérus normal, en l'absence de toute lésion salpingienne, fournit un écoulement lorsqu'il est tamponné.** — Restons-en à cette période historique du manuel opératoire, et convenons que toutes les fois que reviendra, dans ce

travail, le mot dilatation, je voudrai parler d'une des façons les plus modernes de la pratiquer, de celle qui est préconisée dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, c'est-à-dire de la dilatation par le moyen des tentes antiseptiques préparées avec les soins les plus minutieux : Laminaires de grosseur croissante conservées dans l'éther iodoformé à saturation, éponges désinfectées par des procédés inconnus au commerce (Bonnet), gaze iodoformée, tamponnement vaginal qui accompagne tout cela. — Dilatation qui est prolongée pendant plusieurs jours, aussi large que possible, et parfois recommencée à plusieurs reprises.

Lorsqu'on employa cette technique, on put s'apercevoir que les femmes dont l'utérus était ainsi tamponné perdaient par la vulve un liquide de couleur brunâtre. Aussi, le jour où le hasard des coïncidences fit poser la mèche iodoformée à une malade ayant avec sa métrite de la salpingite, l'opérateur put penser qu'il était remonté jusqu'aux sources du fleuve. Or cet écoulement sous l'influence de la dilatation utérine n'a nullement besoin d'une lésion salpingienne pour se produire, il n'est pas en corrélation forcée avec des collections. Chacun peut s'en convaincre par la clinique et l'expérimentation. J'invite tous mes confrères et collègues à dilater, ainsi que je l'ai fait, des utérus atteints de métrite pure, autour desquels il n'y a aucune collection, ni congestion péri-utérines ou annexielles, l'écoulement se produira, et durera aussi longtemps que ce genre de pansement sera continué. Même écoulement est fourni par l'utérus parfaitement sain si l'on se sert dans un but d'exploration de la mèche iodoformée à demeure ou d'autres corps étrangers.

C'est donc bien un drainage, mais un drainage qui ne vide rien.

D'où vient ce liquide?— Je ne puis que le supposer : les physiiciens et les physiologistes seraient plus compétents que moi pour expliquer les phénomènes de capillarité et d'exosmose qui se produisent probablement à cette occasion. Pourquoi ce liquide n'est-il pas rouge comme du sang pur, ni incolore comme du sérum? Pourquoi présente-t-il des teintes variées allant du jaune au noir en passant par le brun? — Peut-être est-ce l'iodoforme du pansement qui abandonne des matières colorantes.



Peu nous importe pour le moment. Ce liquide ne vient point fatalement des trompes, c'est tout ce que nous voulons vous rappeler. Si telle est la source du liquide, pourquoi donc les tumeurs péri-utérines ont-elles diminué ? Parce que la malade s'est reposée, l'opérateur s'est trouvé en présence d'un cas favorable, de ces femmes qui guérissent spontanément ; en effet, cette diminution est bien loin de se produire toujours.

**II. — Suppositions peu plausibles sur lesquelles repose la dilatation pour lésions péri-utérines.**— Sans doute la dilatation a dû reconnaître qu'elle peut rester impuissante et qu'alors il faut passer après elle à l'acte chirurgical.

Comment en eût-il été autrement ? Pour vouloir en faire une méthode conservatrice efficace et complète à elle seule, il faudrait supposer que : 1° l'ostium uterinum peut être dilaté par action de voisinage, comme si l'on pouvait guérir les rétrécissements uréthraux profonds par la seule dilatation du méat urinaire. Les pièces que j'ai présentées de divers côtés ne sont pas en faveur de cette médication à distance. Quant aux trompes à ostium uterinum ouvert qui nous ont été opposées, c'étaient des trompes déjà béantes avant qu'on n'eût dilaté l'utérus. Nous n'ignorions pas et n'avons jamais nié l'existence de cette catégorie de salpingites profluentes.

2° Il faudrait supposer que les pressions excentriques exercées sur le kyste tubaire seront des pressions bien « intelligentes » qui sauront faire refluer la collection vers l'ouverture utérine de la trompe et jamais vers son ouverture péritonéale.

3° Il faudrait supposer que le liquide est toujours contenu dans la trompe, et ne tenir aucun compte des ovarites purulentes, des ovarites hématiques, des suppurations cloisonnées péri-utérines, et des collections variées de situation inaccessible.

4° Il faudrait supposer encore qu'on aura tout fait en évacuant les liquides, et qu'il ne restera point de lésions solides, anatomiques, qui ne méritent pas le nom de « résidus », attendu que ces lésions sont souvent très grosses. Elles sont parfois bien autrement importantes que les fluides qu'elles enkystent. La question des liquides est souvent accessoire et même nulle, par exemple : lésions sèches de l'ovaire, lésions des parois tubaires, hypertrophie considérable de ces parois. Nous avons

vu ces parois atteindre deux centimètres d'épaisseur de tissus fibreux, lardacés, très durs, avec hypertrophie proportionnelle de la trompe en longueur. Ces lésions néoplasiques gênent par elles-mêmes et constituent de véritables tumeurs solides contre lesquelles la médecine fondante est sans pouvoir. Elles contiennent une membrane pyogénique parfaitement capable de réengendrer du pus après une première évacuation. En outre, peut-être sont-elles susceptibles de se transformer ultérieurement en néoplasmes malins. Cette hypothèse donne à réfléchir et il n'y a pas lieu de la dédaigner quand on songe aux rapports intimes que l'histologie nous montre entre des maladies qui semblaient d'abord distinctes, entre, par exemple, la métrite glandulaire et le cancer, et quand on se tourne vers les perspectives évolutives et étiologiques que cette science nous fait entrevoir.

**III.—La dilatation est-elle obligatoire? Conservateurs et mutilateurs.** — C'est donc une affaire entendue et bien reconnue par les pères de la méthode. Elle ne peut guérir toutes les affections péri-utérines; mais, disent-ils, comme elle en guérit quelques-unes, il faut toujours l'essayer d'abord.

C'est bien, je pense, le sens des paroles que m'adresse M. Doléris dans la séance de février 1895, de la Société obst. et gyn.; voici son propre texte imprimé à la page 93 du Bulletin de la Société: « Personne n'a prétendu que la dilatation intra-utérine répétée faisait toujours disparaître les lésions annexielles... Il s'agit de savoir si, de parti pris, on doit pousser cette thérapeutique aussi loin que possible pour sauvegarder les organes essentiels de la femme. J'affirme, pour ma part, *absolument* que c'est là une méthode obligée de tout début de traitement. »

Dans la première séance du mois suivant, notre honorable collègue insiste encore sur cette affirmation et veut bien nous faire savoir que tout médecin consciencieux adoptera la dilatation (page 114 du Bulletin).

Donc, sous peine de forfaire au devoir médical, à la conscience professionnelle, dilatez d'abord, vous n'avez le droit de rien faire sans cela. Dilatation obligatoire, imposée; hors de laquelle point de salut. Voilà bien ce qui nous est prescrit. On

ne nous interdit pas, il est vrai, d'y adjoindre quelques petits moyens médicaux, à la condition de les reléguer au second rang comme des parents pauvres assis aux bas bouts d'une table que la dilatation préside.

Cela n'est véritablement pas équitable, on peut ne pas se rallier à la dilatation, et cependant n'être pas pour cela un mutilateur. Avant de choisir, examinons avec soin et ne négligeons ni les statistiques, ni le raisonnement.

1. STATISTIQUES. — La statistique, pour avoir une valeur, ne doit pas être une simple addition de cas, mais bien se mettre en parallèle avec d'autres modes de traitement. Qu'elle jette dans un plateau de la balance les observations heureuses, c'est fort bien, mais alors elle doit mettre dans l'autre plateau les observations des malades auxquelles la chirurgie a été ultérieurement nécessaire. En second lieu la statistique a le tort généralement répandu de ne pas assez séparer les cas morbides les uns des autres, et de ne point en indiquer les circonstances. Troisièmement on peut passer des accidents graves et une mortalité opératoire à des procédés radicaux qui guérissent journellement ce qui serait sans eux désespéré. Mais un procédé palliatif, un procédé de début n'est nullement en droit d'avoir le même pourcentage que les précédents, il n'a pas la même force, on ne peut point lui passer les mêmes dangers. Donc, les statistiques n'ont de valeur qu'à la condition d'être pesées et examinées, c'est ce que nous avons fait pour une partie de la statistique collective de M. Doléris et nous l'avons trouvée peu démonstrative.

Notre Collègue se sert des chiffres à deux points de vue : soit dans le but de démontrer l'efficacité maxima de sa méthode, soit pour en démontrer l'innocuité.

*Efficacité.* — Pour ce qui est de l'efficacité maxima, supérieure à d'autres, c'est une prétention qui ne tient pas un seul instant debout.

En regard des guérisons malgré la dilatation, placez celles obtenues sans dilatation, votre énumération ne sera qu'une goutte d'eau à côté de l'océan des guérisons spontanées. Ces guérisons spontanées ou celles qu'on obtient par les moyens médicaux purs, nous les classerons un peu plus loin, et nous

ferons le départ entre les cas médicaux et les chirurgicaux.

*Innocuité.* — Prenons la question d'innocuité maintenant. Cette question peut être envisagée de deux façons, car il ne faudrait pas proclamer parfait un procédé parce qu'il n'a pas donné d'accidents immédiats : M. Doléris n'a parlé que de ceux-là. Voyons avec lui combien de fois les malades dilatées n'ont point succombé sur le coup. Pour faire cette addition (car ce n'est point une statistique comparative qu'on nous a donné), on nous apporte des chiffres, pris de divers côtés, et je les trouve rassemblés d'une main bien complaisante.

Son total est en effet de 597, se décomposant ainsi : 350 par M. Nitot, 18 par M. Gendron, 29 par M. Petit, 51 par M. Mangin (de Marseille), 26 par Zabolonski, 30 par M. Doléris, 4 par M. Bazy, 80 observations de la thèse de Cauchez dont plusieurs font double emploi avec d'autres.

Or, de ces 597 cas, il faut retrancher comme n'étant nullement la méthode dont nous parlons :

1° Les 350 cas de M. Nitot. Notre ami vous dira lui-même qu'il n'emploie pas la dilatation au début des lésions, mais plus tard ; par conséquent, rien d'étonnant à ce qu'il n'ait pas d'accidents.

2° Il faut retrancher les 18 cas de M. Gendron. Cet auteur pratique en une séance, sous le chloroforme, la dilatation extemporanée avec un instrument métallique. Cela n'a aucun rapport avec votre procédé auquel je reproche surtout ses répétitions et sa prolongation. Donc, de 597 retranchez 368, restent 229 cas que je n'ai pas analysés, et dont je ne dirai rien.

D'ailleurs, les accidents immédiats ne doivent pas être seuls considérés. Notre reproche est plus général et porte plus loin : la façon dont ces statistiques sont dressées est viciieuse puisque, si on énumère intégralement les cas où la dilatation n'a pas causé d'accident par elle-même, on ne me cite pas la contre-partie, on est absolument muet sur les cas où elle a dû être suivie d'une intervention chirurgicale tardive, et sur la part de responsabilité qui revient à la dilatation primitive.

Jedemande à mes auditeurs la permission de rejeter ce point à la fin de mon travail, et après ce petit coup d'épingle dans des statistiques illusoires, que je puisse faire la part du raisonnement et de la logique.

2. RAISONNEMENT. NE PAS CONFONDRE DILATATION AVEC CONSERVATION.— Ce procédé se pose en préliminaire indispensable; il est en réalité purement facultatif pour ses plus belles applications; les autres fois il est nuisible. Bien qu'il soit étiqueté « méthode conservatrice », il n'est conservateur que par ses intentions et qu'en apparence. Dans nombre de cas il est stérilisant, sphacélant et destructeur, responsable des mutilations et de sa bonne part de mortalité.

Il importe, si nous voulons arriver à nous entendre, que nous fassions cesser la confusion qui, depuis le commencement de cette discussion, règne dans les mots. Nous équivoquons depuis plusieurs mois sur le terme « Méthode conservatrice » et sur le mot « Dilatation utérine »; nous les mêlons à tout propos ensemble; je parle dilatation, on me répond conservation. Tâchons de poser la discussion sur des bases plus nettes. Le mot « dilatation » désigne un procédé; les mots « méthode conservatrice » sont un qualificatif. Le procédé mérite-t-il le qualificatif?— Là est la question, et les préconisateurs de ce procédé le parent trop vite de mérites qui ne lui appartiennent peut-être pas. Notre contradicteur lie ensemble pour n'en former qu'un faisceau, des choses qui ne font nullement partie intégrante l'une de l'autre. Il intrique l'un dans l'autre un état d'esprit général et un mauvais détail d'exécution.

Vouloir conserver tout ce qu'on peut, l'idée est louable et la tendance générale. Tous les savants, qu'ils soient médecins, chirurgiens, accoucheurs ou gynécologues, tous ont profité de l'expérience des premiers laparotomistes, tous aujourd'hui s'écrient en chœur: « Guérissons, n'arrachons pas ! »

Tous admettent qu'il y a des lésions auxquelles le traitement médical suffit, et que parmi les lésions chirurgicales, contrairement à ce qu'on avait cru d'abord, toutes ne deviennent pas fatalement bilatérales. De plus, l'ovaire comme glande a peut-être, en dehors de son rôle d'ovulation, une influence psychique et dynamique.

En conséquence, on conserve à toute femme jeune son utérus et au moins un ovaire toutes les fois que cela est sans danger pour elle.

En quoi cependant est-il question là de dilater ? Ces vérités ont été reconnues sans la dilatation, et la femme peut vivre

et procréer en dehors de ce procédé. Tout conservateur n'est point forcément dilatateur. Idées conservatrices n'impliquent point corps étrangers dans l'utérus.

Je rejette la dilatation utérine pour les lésions annexielles ; j'admets et partage les tendances conservatrices, mais en les restreignant. Je donne pour limite à mon désir de conserver les organes le danger de faire perdre la vie. Mieux vaut vivre gibbeux que mourir droit, mieux vaut vivre infécond que succomber avec ses ovaires. Toutes les fois que les tentatives de conservation mettent la vie en danger il faut renoncer à tout traitement médical, quel qu'il soit, et être chirurgien tout de suite.

Séparons ces cas les uns des autres. Cette division nous fournira l'occasion de montrer combien le rôle de la dilatation proprement dite est restreint et minime, pour ne pas dire nul, en comparaison de ses prétentions.

*a. Lésions non-suppurées, torpides et sans retentissement général.* — La première catégorie sera constituée par des lésions petites, torpides, n'augmentant ni ne diminuant bien rapidement, sans retentissement dans l'organisme, telles qu'on les découvre presque par hasard. Le traitement c'est l'expectation. Rien ne presse ; faites d'abord un traitement médical, donnez des bains ; nettoyez le vagin et l'utérus. Dilatez même si vous voulez.

Tout ce qui sera fait avec propreté sera indifférent ou anodin ; ce n'est certes pas ici que je trouverai la dilatation utérine dangereuse : elle ne fait alors ni bien ni mal. On peut en réalité prescrire tout ce que l'on veut, et les malades de ce genre semblent par leur tolérance destinées à faire valoir la vertu des traitements les plus bizarres, des suppositoires les plus étonnants, des glycérines plus ou moins solidifiées, de la bicyclette, etc., etc. Ces lésions n'empirent que si on les infecte ; aussi vaudrait-il mieux n'y pas toucher, afin d'éviter toute mauvaise chance. La dilatation, qui comporte un pansement vaginal, empêche le coït et ce repos fonctionnel ne peut qu'être utile à la guérison. Le séculaire tamponnement vaginal des anciens fait antiseptiquement eût, peut-être bien, donné le même résultat ; nous tenons à répéter que, suivant nous, le praticien le plus sage sera celui qui laissera cette période d'attente s'accomplir en ne tourmentant pas l'utérus.

β. *Lésions non-suppurées, avec symptomatologie bruyante, ou cas cataclysmiques.* — Les lésions annexielles, loin d'être toujours silencieuses, peuvent au contraire s'annoncer avec grand fracas. Douleur spontanée et brusque, fièvre vive, météorisme abdominal avec sensibilité, métrorrhagie, vomissements même, tous ces symptômes peuvent exister ; et leur combinaison, leur apparition à peu près subite, contribuent à tracer un tableau sombre et effrayant. Ces symptômes violents correspondent le plus souvent à la réaction du tissu cellulaire et du péritoine autour des annexes infectées ; ce sont ceux de la péri-métrite et de la péri-salpingite. Le toucher indique de très grosses lésions, un vagin rempli par une grosse tumeur, très chaude, très sensible, et permettant à peine de percevoir le col utérin qui est repoussé par elle. — Ici encore il ne faut pas opérer tout de suite, c'est mon avis comme celui de nous tous ; il faut temporiser, il faut employer parmi tous les moyens médicaux, ceux qui sont renommés pour calmer l'éréthisme génital ; repos général et fonctionnel, eau chaude, médicaments et topiques qui s'adressent à la douleur et à l'inflammation. Grâce à ces moyens médicaux, la lésion va se localiser, se concentrer si je puis dire ainsi, se débarrasser du gonflement et de la turgescence réactionnels qui l'entourent, et permettre à notre toucher un diagnostic plus précis.

Mais en même temps qu'on emploie ces moyens médicaux, doit-on faire la dilatation utérine ? — On ne saurait un seul instant y songer. Les difficultés d'application, la douleur, seraient au maximum et les séances ne seraient pas souvent renouvelées, car la malade et sa famille s'y opposeraient à coup sûr avec force.

D'ailleurs nous n'avons point besoin d'insister, car si je ne m'abuse, M. Doléris est de cet avis. En effet, il est vrai que cet auteur (je cite ses paroles, p. 93 du *Bulletin de la Soc. obs.*) a toujours affirmé que cette « thérapeutique agit le plus souvent pour amener à une forme somnolente et tolérable « une maladie qui constituait un état grave auparavant ». — Mais, d'autre part (p. 114 et 117 du *Bulletin*), le même auteur, appuyant les restrictions faites par M. Petit, admet « 1° « qu'il ne faut dilater que dans les cas chroniques, 2° ne « point agir dans les cas de paramétrite douloureuse ou sur-  
« aiguë ; savoir attendre la période de torpidité. »

Admettons que ces deux affirmations contraires ne se contredisent point. Admettons que la première affirmation doit s'entendre du traitement médical en général, et que la seconde parle de la dilatation. De ces deux affirmations il ressort tout au moins cet aveu, à savoir : la dilatation abdique toute prétention à pallier la douleur et l'éréthisme, ne doit pas et ne peut pas être employée dans les cas aigus ou douloureux.

Prenons note et retenons bien alors que toutes les lésions annexielles et péri-utérines non suppurées se divisent en deux grandes classes, savoir : Les cas aigus, la dilatation est interdite ; — les cas torpides ; il vaudrait mieux ne pas dilater. Pour l'une comme pour l'autre classe, c'est l'expectation médicale pure et simple qui devrait inaugurer le traitement.

Donc, n'est-il pas vrai, la dilatation utérine se leurre quelque peu lorsqu'elle considère la gynécologie conservatrice comme son apanage : la médecine suffit pour la période d'épreuve.

Si, plus tard, l'ancienneté ou l'évolution des lésions rendent la chirurgie nécessaire, cette chirurgie peut elle-même être conservatrice et n'a nullement mérité qu'on lui jette l'anathème. Sans parler du traitement direct par l'ignipuncture ou par la résection partielle de l'ovaire qui n'est point entrée dans la pratique, il est constant de n'enlever qu'un seul ovaire, sauf nécessité contraire.

γ. *Lésions suppurées.* — Arrivons aux lésions qui ont suppuré, sans nous inquiéter de savoir si à l'origine elles ont fait partie de notre première ou de notre seconde catégorie, c'est-à-dire si leur début a été insidieux ou au contraire cataclysmique.

Ici la simple expectation est condamnable ; la dilatation l'est bien plus encore. Lorsqu'il y a du pus collecté autour de l'utérus, l'objectif unique du médecin doit être d'en assurer l'évacuation, le *plus tôt possible, par la voie la plus sûre et la plus large*. Si la présence de liquides plus ou moins solidement enkystés dans les annexes ou autour d'elles importe assez peu lorsque ces liquides ne sont pas suppurés, et si nous ne comprenons pas qu'on croie avoir guéri une malade parce qu'on aura vidé un kyste au lieu d'enlever complètement l'enveloppe génératrice, la membrane mère de ce kyste ; — ici, lors de lé-



sions suppurées, c'est bien pis encore, le danger n'est pas seulement le danger de récurrence, danger tardif, dont on avait le temps de balancer les diverses chances dans son esprit, c'est un péril urgent, immédiat. Il faut de toute nécessité que la collection s'ouvre quelque part, empressez-vous de l'ouvrir au dehors de peur qu'elle ne s'épanche dans le péritoine avant que vous ne vous soyez décidé à l'intervention.

Il est quelquefois permis d'espérer une évacuation complète par l'effondrement du cul-de-sac vaginal postérieur. Cette conduite, préconisée déjà par Laroyenne, est rationnelle lorsqu'elle ouvre la voie au pus ; elle est plus clairvoyante que la dilatation, parce qu'elle permet d'explorer directement les annexes et le pelvis ; elle est d'un effet rapide ; enfin, elle n'a rien de particulièrement mutilateur, puisqu'elle ne supprime aucun organe.

Mais il faut bien reconnaître qu'il y a souvent des abcès beaucoup trop haut situés et surtout beaucoup trop multiples pour être ainsi vidés et que l'on n'a plus à choisir alors qu'entre la laparotomie ou l'hystérectomie. Quelle que soit la voie choisie, on opérera tout de suite, sans s'attarder aux bagatelles de la dilatation utérine.

N'insistons pas, nous ne voulons pas engager un débat sur la cure des suppurations pelviennes. Nous voulons seulement, puisque nous avons à parler des méthodes conservatrices en général, affirmer que, si la conservation complète des organes peut être assurée, ce sera par l'incision évacuatrice précoce et non autrement.

Il faut s'interdire rigoureusement toute tentative de dilatation : ces tentatives nuisent de plusieurs façons.

#### IV.—Nocivité indirecte de la dilatation. Etat général.

— Il faut tenir compte d'abord du préjudice que vous portez à la malade en laissant sa santé générale périlcliter chaque jour de plus en plus. Nous avons tous le souvenir de quelque femme que nous avons vue bien portante, les joues pleines, la chair rosée et ferme, et que nous retrouvons languissante, amaigrie, le teint jaune et terreux, l'haleine fétide, gémissante de douleur et grelottante de fièvre. Ce qui cause cela, c'est le pus ; l'état général que je rappelle, c'est l'hecticité. A côté de

ce pus il ne faut point mettre de corps étrangers qui ne font que favoriser l'auto-infection.

Cette femme qui a du pus dans le ventre, s'empoisonne elle-même, chaque jour rend cette intoxication plus complète. Combien de temps aurez-vous le courage de la laisser aller à cette mort lente ?

N'est-il pas évident qu'une opération appropriée au mal serait plus facilement supportée au début de la suppuration. L'organisme étant encore solide, l'état général pourrait faire les frais de la guérison. Quand on vient, au contraire, à opérer les malades que vous avez débilités, quoi de plus naturel que de voir ces femmes ne pas résister et succomber dans des proportions sérieuses ? Ce n'est pas l'opération qu'il faut incriminer, c'est le moment où on l'a faite. Voilà déjà un certain nombre de morts dont il n'est que juste d'alléger le pourcentage de la laparotomie et de l'hystérectomie en les attribuant à la dilatation.

#### V.— Nocivité indirecte de la dilatation. — Etat local.

— La santé générale n'est pas seule à souffrir, votre pratique d'attente endosse une grave responsabilité en ce qu'elle permet l'extension des lésions locales, suppurations et adhérences. Par l'intermédiaire de ces lésions locales, disséchantes, qu'elle laisse se propager, la dilatation est une cause de stérilité et aussi de mortalité plus grande.

1. LA DILATATION CAUSE DE STÉRILITÉ PAR SPHACÈLE. — La dilatation pour cas suppurés est tout le contraire d'une méthode conservatrice.

Vous vous dites conservateur parce que vous n'employez que tardivement le couteau. Erreur de langage, car c'est ce retard même qui fait le mal.

De l'empirique qui traite un panaris par la pommade et qui enserre le doigt malade dans un bandage, ou du chirurgien qui incise franchement, lequel rend réellement service ? Et si le chirurgien appelé après l'empirique trouve une phalange nécrosée et est obligé de l'extraire, lequel de ces deux praticiens sera vraiment responsable de la mutilation ? J'estime, et tous mes collègues penseront avec moi, qu'une incision

précoce eut sauvé le doigt malade ; c'est le bistouri qui conserve, c'est le sphacèle qui mutile.

Eh bien ! ce tableau répond exactement au traitement que vous faites subir aux annexes utérines enflammées et suppurées : c'est un non-sens thérapeutique et chirurgical, que de dédaigner l'évacuation instantanée et immédiate.

La dilatation « prolongée » prolonge la macération des ovaires dans le pus, et hâte leur mort en ajoutant ses compressions à l'étranglement inflammatoire des tissus, aussi bien que la dilatation « répétée » répète les traumatismes.

A ce moment précis, alors qu'est effectuée cette mortification irrémédiable, le couteau n'est pas intervenu ; c'est donc bien la thérapeutique soi-disant conservatrice qui a eu pour premier résultat de rendre la femme stérile.

Inutile de m'opposer les vingt et une grossesses observées par mon ami le Dr Mangin (de Marseille). Ces femmes avaient été dilatées, mais non point pour suppurations.

2. LA DILATATION EN EMPÊCHANT D'INCISER A TEMPS EST CAUSE DES MUTILATIONS TOTALES. — Pendant ces hésitations et ces tâtonnements le pus ne se borne pas à détruire les organes ; il gagne en hauteur, s'élève vers le fond de l'utérus, jusqu'au voisinage de l'intestin, et bientôt l'incision ne pourra plus l'atteindre.

Par cette méthode lente et compendieuse, la malheureuse patiente va se trouver rejetée sans recours dans l'ablation destructrice et la mutilation complète, c'est la castration totale au lieu de la simple ouverture d'un abcès.

Par conséquent, stérilisation par sphacèle, et stérilisation parce que vous avez rendu indispensable la castration utérine, elle est la responsabilité endossée.

3. LA DILATATION REND LES OPÉRATIONS ULTÉRIEURES BIEN PLUS DANGEREUSES. — Toujours sans quitter les lésions locales, il y a plus encore à dire et, si en retirant aux femmes leur fécondité vous pouviez vous targuer de leur avoir rendu service pour la conservation de leur existence, on ne pourrait vous adresser qu'un demi-reproche. Il n'en est rien par malheur, et si tout à l'heure nous voyons les sujets les plus déprimés par les mé-

thodes lentes fournir le contingent le plus gros de mortalité, il faut encore vous attribuer d'autres morts au nom des changements de l'état local.

Plus les suppurations et les adhérences auront eu le temps de s'étendre et de se multiplier, plus nombreux seront les risques opératoires.

Je n'en veux pour exemple que l'hystérectomie. Ceux d'entre nous qui la pratiquent savent que si parfois elle est facile, d'autres fois, lorsque les lésions sont anciennes, cette intervention est rendue horriblement pénible et bien plus dangereuse. La fixité de l'utérus, l'impossibilité absolue de le faire descendre au devant du bistouri, la nécessité de morceler pour extraire, le temps bien plus long que dure l'opération, rendent les suites beaucoup plus graves.

L'opérateur est exposé à blesser des organes voisins, vessie, intestin, uretères, pendant l'intervention. Les risques pendant l'opération, comme les risques post-opératoires se multiplient par la difficulté. Il faut ajouter sur le compte de la dilatation lente, un chiffre de mortalité égal à la différence entre le pourcentage de l'hystérectomie facile, et le pourcentage de l'hystérectomie compliquée.

Je sais d'avance que la dilatation rejettera sur les méthodes dites conservatrices, considérées en général, toute la responsabilité qui incombe à ces pertes de temps, quadruple responsabilité dont je viens de donner l'aperçu.

Et sans doute on ne peut nier que la perte de temps ne soit un élément capital. Non, il ne faut pas attendre. Contrairement à ce que nous a conseillé M. Doléris, attendre est funeste ; et il n'est pas douteux que l'on peut à juste titre faire un grief au médecin de rester spectateur inactif en face d'une suppuration.

Cependant, on ne peut pas adresser à cet inactif des reproches aussi graves qu'à celui qui dilate l'utérus. Le premier permettrait à la maladie de suivre son cours fâcheux, mais au moins il n'irait pas comme le second, aggraver et précipiter la mortification des organes en étranglant par des compressions intempestives les tissus enflammés.

# VI.—Accidents directs et immédiats par la dilatation.

— Du reste, en dehors de cette mortalité secondaire qui, bien qu'indirecte, n'en appartient pas moins à la méthode soit-disant conservatrice; en outre de cette action du pus qui sphacèle, dissèque, annihile les organes génitaux internes de la femme; en outre de cette responsabilité commune qui incombe à la fois avec quelques différences en plus ou en moins, à toutes les méthodes d'expectation; en outre de cela, il y a aussi des accidents directs et une mortalité immédiate par la laminaire.

Il est remarquable de voir que le chiffre de mortalité augmente tous les jours. Chaque fois que la discussion est remise sur le tapis, soit dans cette Société, soit, ailleurs, de nouveaux cas voient la lumière des débats.

D'abord trois cas, dont un cas mortel, et deux d'accidents graves rapportés par M. Doléris. Ceux-là témoignent sévèrement contre son procédé. En effet, ils ont fait éclosion entre les mains des gynécologues les plus expérimentés en cette matière, entre les mains des promoteurs même de la méthode. Un moyen thérapeutique qui prétend être appliqué d'abord en toute circonstance n'a pas le droit de nous réserver de pareilles surprises.

J'aurais mauvaise grâce à insister sur le cas mortel de M. Pichevin, puisque dans une récente séance il s'est déclaré rallié à l'abstention sur ce point. Je renvoie donc à ce que j'en ai dit en 1892 (in *Journ. de médecine de Paris*, 1892).

Voici encore le cas de Rochet, le cas de Raffray. Ce sont les trois cas de mort auquel j'avais fait allusion dans ma communication précédente.

Mais il y en a encore d'autres, M. Porak nous en a cité un.

A son tour, mon très érudit collègue et ami Labusquière nous faisait connaître, dans la dernière séance, un travail récent qui peut contribuer à nous édifier sur ce sujet. Il a eu l'amabilité de me communiquer les renseignements suivants :

Voici la phrase écrite par Olshausen à propos de la dilatation : « J'ai appris de plusieurs collègues qu'ils avaient eu des cas de mort à la suite du tamponnement avec la gaze iodoformée, et, ajoute-t-il, j'ai malheureusement, par expérience personnelle, pu me convaincre que semblables cas peuvent arriver. »

Malgré ces faits, Olshausen est convaincu que la dilatation avec la gaze iodoformée reste la moins dangereuse, mais qu'il faut en limiter le plus possible l'emploi, la réaliser dans un minimum de temps, redésinfecter à fond le vagin chaque fois qu'on enlève la gaze et être prêt à dépister avec le thermomètre toute infection à son début.

Ces accidents immédiats, directs, par la laminaire jouissent donc d'une existence incontestable. Bien que ne faisant aucune espèce de recherche à leur égard, nous avons vu cependant leur nombre augmenter chaque jour depuis l'ouverture de cette discussion.

Au nom des accidents primitifs, comme au nom de l'aggravation et de la responsabilité secondaires, on peut dire que c'est en vain que ceux qui dilatent veulent se couvrir du titre protecteur de « thérapeutique conservatrice ». Ils se retranchent derrière un rempart qui ne saurait les abriter. Toute méthode vraiment conservatrice reniera la dilatation utérine pour lésions suppurées comme étant destructrice et mutilante au premier chef.

L'un de nos adversaires de la première heure, avec une bonne foi à laquelle nous aimons à rendre un éclatant hommage, vient tout récemment de déclarer qu'il renonçait à la dilatation pour cas suppurés. Nous voudrions voir tous les adeptes de la dilatation imiter cette réserve, et nous ne doutons pas que cela n'arrive de par la force immanente des choses.

Et alors, quand il en sera des cas suppurés comme des cas aigus, quand les médecins dilateurs auront renoncé à ceux-ci comme à ceux-là, quand cette nouvelle impuissance sera avouée, que restera-t-il à la dilatation pour lésions annexielles ? — Si l'on reprend ma division en cas anodins, cas aigus et suppurations, il ne sera plus permis de dilater que les cas anodins, tolérants, auxquels tout réussit et qui guérissent seuls, avec et malgré toute thérapeutique.

**VII. — Des moyens de préciser le diagnostic. —**  
Je l'admets bien volontiers, il n'est que rarement possible en clinique de poser le diagnostic ferme, fin, avant toute intervention, des diverses localisations du mal. Quand nous

aurons progressé jusque-là, que nous saurons faire ces diagnostics précis, certes, la dilatation obligatoire aura vécu et personne ne l'emploiera plus que dans un nombre très limité de cas. Dès à présent est-il possible au moins de diagnostiquer la présence du pus ? Ce diagnostic serait de la plus haute importance pour la survie des méthodes de dilatation. En effet, si la dilatation pour lésions suppurées vient à être, comme nous l'espérons, universellement reconnue mauvaise, alors la prudence nous obligera aussi à nous en abstenir dans tous les cas douteux.

On nous parlait dernièrement ici du diagnostic au moyen de la ponction. J'ai donc pris des renseignements auprès d'un auteur qui a, l'un des premiers, ponctionné les collections péri-utérines, M. le Dr Tenneson. Voici les renseignements que je dois à son obligeance :

« C'est en 1883 que j'ai appliqué pour la première fois la « ponction capillaire aspiratrice au traitement des collections « séreuses péri-utérines. La thèse du docteur Hervot, mon « élève, est de 1887 (1). Mon but fut d'abord de m'éclairer sur « l'anatomie, alors très incertaine, des tumeurs inflammatoires « péri-utérines, non puerpérales, qui au toucher sont dures « comme de la pierre et guérissent en trois mois par le repos « au lit. La ponction capillaire m'a appris que la paroi a un « centimètre d'épaisseur, que le contenu est un liquide citrin, « transparent d'environ 150 gr. La ponction abrège la durée de « la maladie. L'innocuité des ponctions capillaires *asepti-* « *ques* autorisait ma tentative. Si on tombe sur une hémato- « cèle — CE QU'ON NE PEUT JAMAIS SAVOIR A L'AVANCE — il faut « se hâter de retirer l'aiguille dès que le sang apparaît dans « l'index. Sinon, hémorrhagie nouvelle due au vide. En « quelques heures la tumeur remonte au-dessus de l'ombilic.... « C'est le seul danger. »

La thèse du Dr Hervot développe avec soin les idées que vient de résumer M. Tenneson.

Il y a donc douze années déjà que ce moyen est employé et pour le diagnostic et pour le traitement.

(1) H. HERVOT. Contribution à l'étude de la périmérite. Anatomopathologique et traitement par la ponction capillaire aspiratrice, Paris 1887.

Malgré mes préférences personnelles pour la boutonnière exploratrice, je tenais à rendre justice aux auteurs qui m'ont précédé et à attribuer le mérite de la ponction dans les lésions péri-utérines à qui de droit.

**VIII. — Conclusions.** — A. En aucun cas la dilatation utérine n'est indispensable même comme début de traitement. Elle est tantôt facultative, tantôt condamnable.

En effet, les lésions péri-utérines se classent d'elles-mêmes en :

1° Cas tolérants, anodins : la dilatation est indifférente, mieux vaudrait s'abstenir, elle donne l'illusion d'un traitement.

2° Cas aigus à grand fracas, nul ne songerait à dilater. Ces deux catégories sont justifiables en premier lieu de l'expectation médicale.

3° Cas chirurgicaux d'emblée ou suppurations. L'expectation est condamnable, la dilatation l'est plus encore.

B. La dilatation utérine n'a pas droit au titre de méthode conservatrice dont elle se gratifie elle-même. Elle est en réalité, bien souvent, un procédé destructeur qui amène la stérilité, qui rend inévitables les grandes mutilations, et qui cause primitivement ou secondairement la mort d'un grand nombre de femmes. En effet :

1° elle amène la stérilité, en laissant les ovaires et les trompes macérer dans le pus pendant un temps prolongé, ce qui leur permet de se mortifier à la manière de la phalange du doigt, lors du panaris non incisé. Elle aggrave ses torts en exerçant sur ces tissus enflammés des pressions qui gênent la circulation du sang et précipitent d'autant la mort des organes.

2° La dilatation est la meilleure manière de rendre indispensables les grandes mutilations chirurgicales ; avant la dilatation une simple incision eût peut-être atteint le foyer ; pendant la dilatation le pus gagne de proche en proche, et l'hystérectomie ultérieure ou castration totale devient inévitable.

3° La dilatation cause la mort d'un grand nombre de femmes primitivement ou secondairement.

Elle tue primitivement soit en laissant mourir les malades



peu à peu par hecticité en empêchant de leur porter un secours réel, soit par mort brusque en rompant un pyo-salpinx.

Elle tue secondairement :

— Parce que l'extirpation complète, que la dilatation a rendue nécessaire, a une mortalité plus élevée que l'incision simple du début.

— Parce que, s'il y a eu dilatation, l'extirpation totale rencontrera le maximum de difficultés locales (suppurations étendues et multiples, adhérences solides, fixité de l'utérus, nécessité de le morceler, longueur de cette opération).

— Parce que la patiente qu'il faudra hystérectomiser après la dilatation prolongée, étant intoxiquée par le pus, se trouve dans un état général mauvais et dépressif, qui la prédispose à succomber à toute intervention.

4° On doit réserver le nom de « méthode conservatrice », à une méthode soucieuse de sauvegarder : la totalité des organes quand c'est possible ; la fécondité si on ne peut pas sauver tous les organes ; la santé et la vie dans tous les cas. Ce but conservateur peut être atteint tantôt par les moyens médicaux seuls, tantôt en les essayant comme traitement de début et d'épreuve.

Mais il faut aussi dans les circonstances graves et pressantes, savoir mettre en jeu sans s'attarder et d'emblée les ressources opératoires. La chirurgie n'est pas fatalement destructrice : la laparotomie pour les lésions non suppurées, l'élytrotomie pour les suppurations, peuvent être aussi des opérations conservatrices. Elles permettent de proportionner la cure aux lésions.

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 13 juin 1895.*

(L'observation suivante doit être reportée à la page 288):

**MM. MACÉ et DURANTE** (Service de M. Porak). — **Oblitération du col. — Dissociation des éléments du cordon. — Endo-périthrébite d'origine probablement syphilitique.**

La nommée L... (Victorine), femme de ménage, âgée de 44 ans, multipare, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. Porak, le 12 mai 1895.

Elle ne sait à quel âge elle a marché ? Elle a été réglée à 12 ans, et toujours très irrégulièrement. Elle se plaint de tousser tous les mois depuis son enfance. Elle a eu la fièvre typhoïde à 10 ans. Ce sont là tous ses antécédents pathologiques.

Elle a déjà eu trois grossesses : La première à l'âge de 18 ans, s'est terminée par l'accouchement à terme d'un enfant vivant qui est mort à l'âge de six ans de convulsions (?).

La seconde, à l'âge de 22 ans, s'est terminée par l'accouchement à terme d'un enfant vivant, qui est mort quelques heures après son expulsion.

La troisième grossesse a eu lieu à l'âge de 24 ans ; elle n'a pu être menée à terme ; la femme a fait un avortement de trois mois, qu'elle attribue à des fatigues et à des travaux trop pénibles.

La quatrième grossesse est la grossesse actuelle. Ses dernières règles ont fini le 15 août 1894. Pendant toute sa grossesse, elle a souffert des reins, du ventre ; (à la suite de ces trois premières grossesses elle en avait toujours souffert). Elle a eu quelques vomissements sans importance, mais des pertes blanches très abondantes.

Le 28 avril 1895, violentes douleurs qui la forcent à venir demander une consultation à la Charité, et qui ont cédé au repos et à l'usage de bains.

Le 12 mai, apparition de nouvelles douleurs très vives, revenant tous les quarts d'heure, perte d'un peu de sang et d'eau (?) à 10 h. du matin, qui force la malade à entrer dans le service le même jour, à 10 h. 30 du soir.

A son arrivée, on constate l'existence d'une présentation du sommet en gauche transversale, tête mobile. Les bruits du cœur fœtal sont lointains et perçus à gauche.

Le col n'est pas effacé. L'épine sciatique droite et plus saillante que la gauche. La ligne innommée est un peu redressée du côté droit.

Le côté droit du bassin est aplati, et l'épine dorsale postérieure et supérieure droite est plus rapprochée de la ligne médiane que la gauche.

Les douleurs étant calmées, et le col ne présentant pas de modification, la parturiente est remontée au dortoir des femmes enceintes le 14 mai.

Elle est descendue à la salle de travail le 19 mai, à 9 h. du matin.

Le toucher, pratiqué à ce moment, ne permet plus de sentir de col, il ne reconnaît pas non plus d'orifice externe. Sur l'ensemble formé par le segment inférieur, le doigt reconnaît l'existence d'un bourrelet assez épais et à sa partie centrale une portion moins épaisse au niveau de laquelle la tête fœtale peut être sentie. La femme est mise dans la position obstétricale, et après les soins antiseptiques ordinaires, M. Porak introduit jusqu'au point le plus mince une branche de pince à pansement vaginal. Cette branche pénètre en dilacérant quelque chose sur une hauteur de 3 centimètres. M. Porak introduit alors dans le trajet ainsi formé le petit doigt qui arrive à 3 cm. plus haut sur la tête fœtale après avoir dilacéré quelques brides glutineuses. Le col a donc toute sa longueur.

La femme est remise dans son lit, après introduction dans le vagin d'une mèche de gaze iodoformée.

19 mai, 2 h. 15 soir. — On enlève la mèche de gaze vaginale. Je trouve au niveau de l'orifice externe du col une bride qui cède facilement sous la pression du doigt. Le col n'est pas effacé, il est perméable.

La poche des eaux est intacte, la tête légèrement amorcée, et le doigt arrive sur une suture dans une faible étendue.

Le dos est placé en diagonale de gauche à droite, et de bas en haut.

Le siège est dans l'hypochondre droit ; les petites parties sont senties à droite.

Les bruits fœtaux sont un peu sourds, ils sont perçus à gauche et au-dessus de l'ombilic.

19 mai. 2 h. 40. — Bain chaud de une heure de durée. A sa sortie le travail n'a pas avancé. On prescrit des injections chaudes de 3 litres et répétées toutes les heures.

Les douleurs deviennent plus fortes.

A 5 h. 10. Les bruits du cœur fœtal sont irréguliers et ralentis.

A 6 h. Dilatation comme 2 francs.

A 10 h. du soir. Dilatation comme cinq francs.

20 mai, 1 h. 40 du matin. — Dilatation de plus de 5 fr. On reconnaît une position gauche variété antérieure. On remet la malade au bain.

3 h. du matin. Dilatation presque complète.

4 h. Dilatation complète. On rompt les membranes, il s'écoule un peu de liquide noirâtre.

A 8 h. du matin, la malade est très fatiguée ; les contractions deviennent de plus en plus rares et faibles ; la tête n'avance pas beaucoup, cependant la rotation se fait.

A 11 h. du matin. Application directe de forceps au détroit inférieur qui donne naissance à un enfant étonné, complètement ranimé au bout de 10 minutes.

Issue d'une quantité assez abondante de liquide noirâtre après la sortie de l'enfant.

A 11 h. 45. Délivrance naturelle, membranes complètes et expulsion en même temps que le placenta d'un caillot volumineux de 320 grammes.

L'enfant pesait 2,900 grammes ; le placenta 910 grammes.

Le cordon présente plusieurs particularités ; sa longueur est de 57 centimètres. Son insertion sur le placenta se fait en raquette ; il est de plus dissocié à sa partie moyenne et sur une hauteur de 4 à 5 centimètres, on voit les trois vaisseaux libres de connexions entre eux, et dépourvus de leur enveloppe amniotique. Au voisinage de l'insertion au placenta les vaisseaux sont ainsi plus écartés les uns des autres, mais ils sont à ce niveau entourés de leur enveloppe normale.

L'enfant avait bon aspect ; il a perdu 200 gr. de son poids du 20 mai, à 11 h. du matin, au 21 mai, à 6 h. du matin. Le lendemain il a encore perdu 110 gr. et ce même jour à 10 h. du matin

il a présenté une température de 39°6. Je l'ai alors soumis au traitement par les bains ; et après quatre bains en vingt-quatre heures sa température est redevenue normale, son ascension en poids n'a pas subi de retard et il est parti bien portant du service le 1<sup>er</sup> juin 1895, avec sa mère, dont les suites de couches avaient été normales.

*Examen histologique.* — L'examen a porté sur le placenta et du cordon à différentes hauteurs.

1) Le cordon, en un point rapproché de l'enfant, est le siège d'une infiltration sanguine du volume d'une grosse noisette.

A ce niveau, la *veine ombilicale* est très malade. La tunique *interne* épaissie a proliféré et présente des signes d'une endophlébite intense. Cette endophlébite a déterminé, sur un point de la paroi où elle est plus forte, une coagulation qui, cependant, ne remplit pas tout le calibre du vaisseau. Sa tunique *moyenne* est un peu épaissie, mais moins atteinte et n'offre que peu de symptômes inflammatoires.

C'est la tunique *externe* qui est la plus fortement touchée ; elle est envahie par des traînées de cellules rondes généralement disposées en séries linéaires suivant les interstices conjonctifs, mais formant parfois de petits amas qui sont de véritables gommies miliaires.

Autour de ce vaisseau la substance gélatineuse condensée tend à se dissocier.

Les *artères* sont beaucoup moins malades ; revenues sur elles-mêmes, elles ne contiennent pas de sang. Il semble cependant que leur paroi, tant interne qu'externe, est un peu épaisse.

La *substance gélatineuse* est infiltrée par des globules rouges et transformée en un vrai lac sanguin où l'on retrouve du tissu myxomateux, normal ou infiltré de petites cellules rondes, dont les mailles irrégulières divisent le foyer hémorrhagique.

2) D'autres coupes ont porté sur un petit noyau induré gros comme un pois situé à la partie moyenne du cordon. A ce niveau les lésions vasculaires sont très analogues. Les artères, également revenues sur elles-mêmes, ne contiennent que peu de sang.

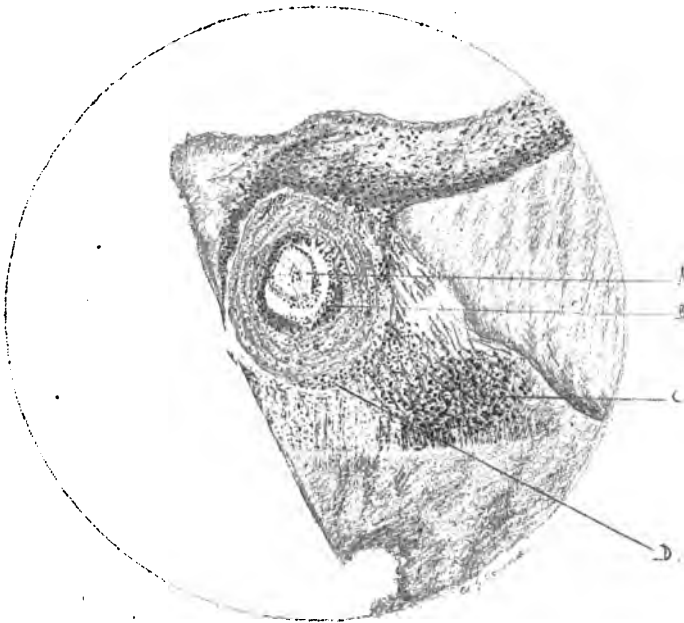
La *veine* est remplie par un caillot sanguin, qui a dû se compléter après la naissance, mais qui était déterminé par l'endophlébite.

La périphlébite, très intense, intéresse non seulement la tunique

externe du vaisseau, mais encore les tissus avoisinants sur une épaisseur égale à celle des parois de la veine. On y retrouve également ces abondantes trainées de cellules rondes et de petits nodules gommeux.

La substance gélatineuse est épaissie; les cellules et les noyaux plus nombreux se groupent parfois sous forme de petits nodules infectieux.

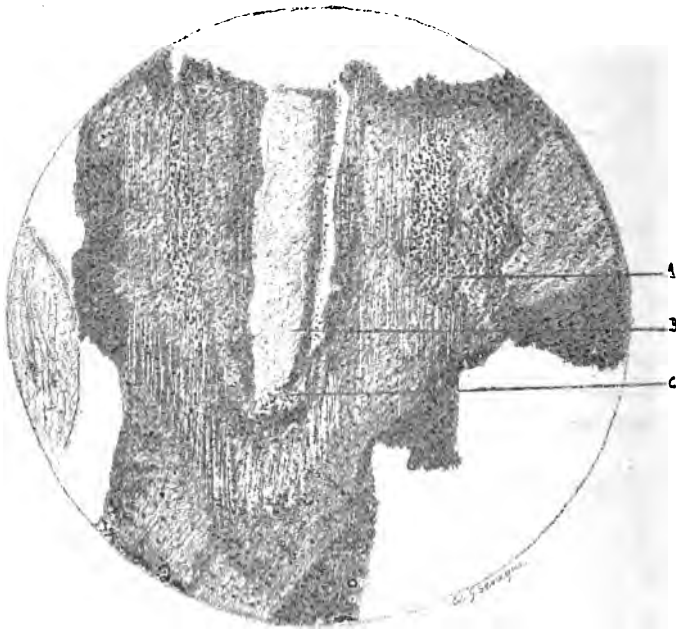
3°) Cordon en un point où l'on sentait deux vaisseaux indurés uniformément.



Ces deux vaisseaux sont constitués sur les deux artères remplies par un caillot. Ce caillot bouche complètement la lumière de ces vaisseaux. L'enfant ayant vécu, il est évident qu'il a dû se former, au moins en partie, après la naissance. Les artères distendues n'ont pu revenir sur elles-mêmes et sont arrondies contrairement à ce que l'on observe dans les autres portions du cordon. Leurs tuniques externe et moyenne sont normales, mais leur tunique interne présente en quelques points un épaiss-

sissement, un peu d'endartérite légère qui explique la coagulation mais qui est beaucoup moins intense que ce que l'on constate dans la veine.

La vessie offre les mêmes lésions que plus haut. On retrouve également cette endo-périphlébite ; mais on ne rencontre que peu de sang à son intérieur, en sorte qu'elle a pu revenir en partie sur elle-même après la mort.



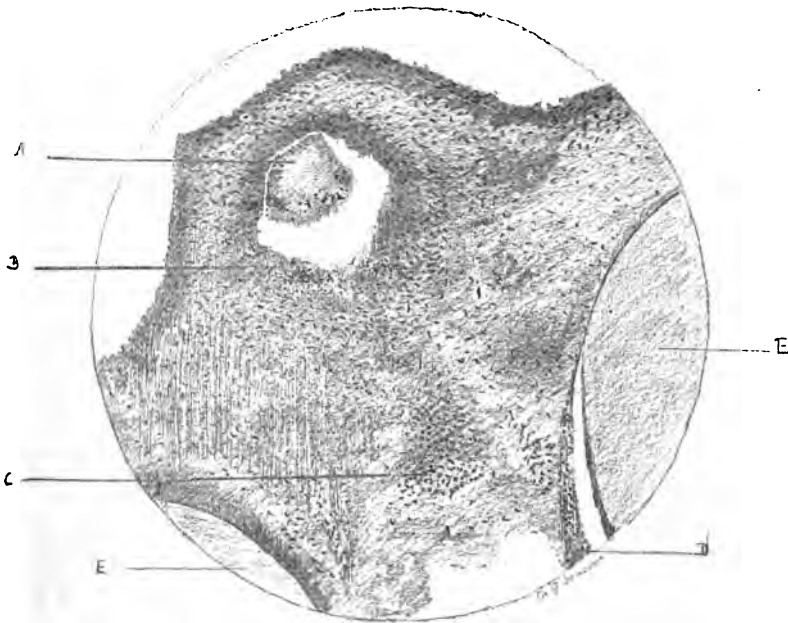
4) Quelques segments du cordon paraissent relativement souples au toucher.

A leur niveau les vaisseaux ne contiennent pas de sang, les artères sont normales, mais la veine présente le même état pathologique que plus haut.

Sur toute la hauteur du cordon, la substance gélatineuse sous-jacente au chorion est infiltrée de cellules rondes, en sorte que le cordon est entouré d'une couche inflammatoire superficielle, mais peu intense.

5) Le *placenta* ne présente aucune trace d'inflammation. Les lac s

sanguins maternels sont largement remplis de sang. Les villosités sont remarquablement vasculaires. On n'en trouve pas de scléreuses, ainsi qu'on le voit d'habitude dans les coupes de placenta à terme. Toutes présentent des vaisseaux béants et remplis de sang comme s'il y avait un stase par gêne de la circulation de retour dans le cordon. Cependant, nulle part il n'existe d'hémorragie dans leur intérieur. Leur revêtement épithélial est bien conservé.



*En résumé*, au point de vue histologique, il s'agit ici surtout d'une lésion vasculaire, d'une *endo-périphlébite ombilicale*. Cette lésion est peut-être un peu plus intense près du fœtus que près du placenta, mais est partout très accentuée. Les artères sont beaucoup moins touchées et, sauf en quelques rares points où il semble y avoir un peu d'endarterite, on peut les considérer comme normales.

La substance gélatineuse est atteinte de la même façon, particulièrement à la surface du cordon et autour de la vessie.

La localisation de ces lésions sur les vaisseaux, et surtout



sur la veine à sang rouge, la disposition des éléments inflammatoires en série et surtout, par place, soit dans la tunique externe de la vessie, soit dans la substance gélatineuse, en petits amas nodulaires, permettent d'affirmer ici d'une façon presque certaine que l'on se trouve en présence d'une altération syphilitique. Il s'agit donc, croyons-nous, dans ce cas, d'une *funiculite* et particulièrement d'une *endopériphlébite ombilicale syphilitique* relativement récente, car l'infiltration embryonnaire n'a pas encore fait place à la sclérose.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du Jeudi 11 Juillet 1895.*

Présidence de M. MAYGRIER.

*Sommaire.* — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

*Correspondance :* Journaux habituels. Traité de gynécologie avec planches, par le Dr Treube. Transactions de l'Académie de médecine de New-York.

*Présentations :* M. SCHWAB : Tératome de la région lombaire. *Discussion :* M. MAYGRIER. — MM. RICHELOT et TOUCHE : Fibrome ramolli. — Perforation du fond de l'utérus et adhérences à la paroi abdominale.

*Rapports de candidatures :* M. OLIVIER. Rapport sur la candidature de M. le Dr Bureau. — M. BUREAU : Accouchement d'une morphinomane. — Preuve chimique du passage de la morphine à travers le placenta. — Réflexions. — M. PORAK : Rapport sur la candidature de M. S. Gache. — M. AUWARD : Rapport sur la candidature de M. Caubet.

*Ordre du jour :* M. NARICH : Sur l'emploi du lacs, au point de vue des lésions qu'il peut produire. Signalement de deux nouveaux dangers du lacs et de deux nouveaux avantages du tracteur du siège. — M. CHARPENTIER : Vomissements incoercibles de la grossesse. — Avortement provoqué au 3<sup>e</sup> mois, guérison. — M. LARAT : Vomissements incoercibles de la grossesse traités par l'électrisation à courants continus. — M. BAR : Deux cas de vomissements graves de la grossesse traités par la galvanisation du pneumogastrique. — *Discussion :* MM. TOUVENAIN, LARAT, NITOT, BAR, BUDIN, CHARPENTIER, MAYGRIER. — M. JOUIN : D'une nou-

velle thérapeutique médicale des fibromes utérins. — DOLÉRIS :  
Discussion sur la thérapeutique intra-utérine.

**M. SCHWAB : Un cas de tératome, pénétrant dans le canal rachidien au niveau de sa portion lombaire, observé chez un nouveau-né. — Opération. — Mort. — Examen microscopique.**

Le 15 juin dernier on amène dans le service de notre maître M. Maygrier, à la maternité de Lariboisière, un enfant nouveau-né, né la veille au soir ; cet enfant est porteur d'une tumeur congénitale siégeant sur la face postérieure du rachis.

Plus exactement la tumeur siège au niveau de la colonne lombaire dont elle occupe à peu près toute la hauteur.

Le volume de la tumeur est celui environ d'une mandarine.

Sa conformation est à peu près celle d'une brioche dont la masse principale s'insère sur le rachis et dont la tête forme le pôle supérieur de la tumeur.

La masse principale présente une surface rouge, lisse, humide, recouverte d'une sorte de sérosité sanguinolente et visqueuse.

Cette surface est sillonnée de plis radiés verticaux partant de l'insertion de la tumeur au niveau de la peau.

En somme, cette surface extérieure donne assez bien l'impression d'une muqueuse intestinale fongueuse et prolabée.

La tête de la brioche qui occupe le pôle supérieur de la tumeur est séparée de la masse principale par un sillon circulaire ; cette tête présente une coloration grisâtre et son revêtement extérieur est nettement constitué par la peau.

La tumeur se continue par une large base avec la peau du dos et son pourtour est limité par un sillon au niveau duquel la peau se continue avec sa partie rouge muqueuse.

Entourant la base de la tumeur on voit des sortes de petits kystes d'aspect bleuâtre et transparent ; ces petits kystes se gonflent et se tendent lorsque l'enfant crie et ils sont réductibles.

Au toucher, la masse principale est mollassse, pâteuse et ne semble pas contenir de liquide ; elle ne se gonfle pas pendant les cris de l'enfant.

Dans la partie antérieure de la tumeur, on sent une petite tige

osseuse irrégulière se terminant par une pointe visible et sensible vers la partie supérieure.

Lorsqu'on suit la colonne rachidienne de haut en bas on sent, sur cette colonne, une petite dépression correspondant à l'implantation de la tumeur.

La pression sur celle-ci est douloureuse et arrache des cris à l'enfant.

Les petits kystes du pourtour sont mollasses et affaissés quand l'enfant repose.

La sensibilité et les mouvements sont normaux au niveau des membres inférieurs.

L'état général est bon et les autres organes sont normaux.

En présence de cette tumeur le diagnostic est hésitant entre un spina-bifida avec hydro-rachis dont la surface extérieure serait très modifiée et une tumeur congénitale.

Le 18 juin, monsieur le Docteur Périér opère le petit malade ; on ne donne que quelques gouttes de chloroforme.

Avec le bistouri on circonscrit la base d'insertion de la tumeur et on fait l'ablation totale de celle-ci après section avec des ciseaux de la pointe osseuse qui la rattache au rachis.

Au cours de la dissection on ne trouve ni moelle, ni racines nerveuses ; il ne s'écoule pas davantage de liquide céphalo-rachidien.

La tumeur enlevée, on voit bien l'orifice par lequel le pédicule pénétrait dans le canal rachidien.

On fait des sutures au surjet des tissus sous-cutanés et des sutures de la peau aux crins de Florence.

Au cours de l'opération, l'hémorrhagie est moyennement abondante.

*Section de la tumeur.* — Lorsqu'on fait une coupe verticale de la tumeur, on la trouve constituée de la façon suivante :

Le pôle supérieur (tête de la brioche) revêtu par la peau renferme une assez grande cavité kystique, ne contenant pas de liquide et dont la paroi est épaisse, blanchâtre, d'apparence fibreuse.

En avant de ce kyste on en trouve un second dont la surface interne est irrégulière, sinueuse, contenant un liquide rougeâtre, et dont le pourtour présente des sinuosités jaunes.

La masse principale de la tumeur solide est formée d'un tissu gris jaunâtre d'aspect et de toucher muqueux, montrant sur la coupe des lobules graisseux irrégulièrement disposés.

Tout autour de ce tissu jaune grisâtre on trouve la partie rouge formant le revêtement extérieur de la tumeur et qui, comme nous l'avons vu plus haut, rappelle assez bien une muqueuse intestinale.

A la base de la tumeur on trouve de plus les petits kystes dont nous avons parlé plus haut et qui contiennent un peu de liquide céphalo-rachidien.

Le soir même de l'opération le poids de l'enfant, qui était de 3.000 grammes, tombe à 2.850 gr.

L'enfant est pâle et meurt le lendemain matin, 19 juin, à 6 heures 1/2 du matin.

L'autopsie fut pratiquée le jour même.

Après avoir enlevé les sutures placées après l'opération, on met à nu la colonne rachidienne.

Celle-ci est normale au niveau de ses portions cervicale et dorsale ; mais au niveau de la colonne lombaire on constate en arrière une absence complète d'ossification de la portion médiane et postérieure des lames vertébrales, de cette portion précisément qui supporte d'ordinaire les apophyses épineuses ; elle est remplacée par une lame fibreuse ayant une largeur environ d'un centimètre 1/2.

De même la face postérieure du sacrum est remplacée par une lame fibreuse.

La lame fibreuse qui ferme en arrière le canal rachidien lombaire présente, un peu à droite de la ligne médiane un orifice ovalaire gros comme un petit pois par lequel sort une petite masse grisâtre qui est le vestige du pédicule de la tumeur enlevée pénétrant jusque dans le canal rachidien.

Si après section des lames vertébrales sur toute la hauteur de la colonne vertébrale on rabat en arrière toute la paroi postérieure du canal rachidien, on constate que le pédicule de la tumeur pénétrant à travers l'orifice signalé plus haut arrive dans le canal rachidien et s'insère sur la dure-mère qu'il attire en arrière avec la portion de la moelle correspondante.

Mais enveloppes médullaires et moelle sont absolument normales.

Au pourtour du pédicule de la tumeur, existent sur les méninges deux ou trois petits orifices qui permettaient la communication entre l'espace sous-arachnoïdien et les petits kystes entourant la base de la tumeur dont nous avons parlé plus haut.

*Examen microscopique de la tumeur.* — Au point de vue histologique la tumeur congénitale que nous venons de décrire rentre absolument dans le cadre des *tératomes* ou tumeurs complexes d'origine parasitaire. Sur les coupes colorées au picrocarmin nous avons pu déceler les tissus les plus divers, tels que :

Paroi intestinale complète avec tous ses éléments constitutants (muqueuse avec son épithélium cylindrique, ses cellules caliciformes, ses glandes de Lieberkuhn, ses follicules clos ; sous-muqueuse ; 2 tuniques musculaires à fibres lisses) ; tissu fibromuqueux embryonnaire en grande quantité et très vasculaire ; des ganglions lymphatiques ; des organes glandulaires nombreux difficiles à spécifier ; des tubes nerveux sans myéline du tissu cartilagineux et du tissu osseux.

Nous avons vu d'ailleurs, à propos de la description macroscopique de la tumeur, qu'on constatait dans la tumeur une tige osseuse ressemblant à une portion de lame vertébrale.

Nous avons soumis nos coupes à notre maître le Docteur Gombault dont la compétence en pareille matière est connue de tous.

Or pour M. Gombault il s'agit nettement dans notre cas d'un tératome implanté dans le canal rachidien lombaire et qui, par son développement, s'est opposé à l'occlusion complète de ce canal, produisant ainsi un spina-bifida secondaire.

#### **Discussion :**

M. MAYGRIER. — Je ferai remarquer la rareté de ces tumeurs congénitales à la région lombaire, la difficulté de leur diagnostic avec le spina-bifida. La tumeur était parfaitement opérable et le petit malade est mort par suite de la perte de sang subie pendant l'opération. Peut-être aurait-il mieux valu attendre qu'il fût plus âgé pour intervenir.

**MM. RICHELOT ET TOUCHE : Fibrôme ramolli. — Perforation du fond de l'utérus et adhérences à la paroi abdominale.**

Mme X, âgée de 43 ans, entre le 9 juillet 1895 dans le service de M. le Dr Richelot.

Cette femme, ordinairement d'une très bonne santé a eu 4 enfants, le dernier il y a 7 ans. Depuis lors, pas de nouvelle grossesse, pas de fausse couche. Les règles sont habituellement régulières.

La malade fait remonter le début des accidents au mois de mai 1895. A cette époque les règles au lieu de durer 4 ou 5 jours, comme à l'ordinaire, se prolongèrent pendant une semaine entière, furent très abondantes, s'accompagnèrent de l'expulsion de gros caillots.

En juin, au moment des règles, reproduction des mêmes accidents. De plus la malade accuse de vives douleurs lombaires et périméales.

Au commencement de juillet, la malade va consulter son médecin qui constate l'existence d'une tumeur abdominale.

La malade entre à l'hôpital Saint-Louis.

Etat général très bon. Par le repos au lit les douleurs ont cessé, les métrorrhagies se sont arrêtées. Pas de fièvre.

A l'examen de l'abdomen on remarque une voussure de la région ombilicale et de l'hypogastre se prolongeant jusque sur la limite des flancs et des fosses iliaques. Au palper on trouve, dans les mêmes régions une masse arrondie nettement fluctuante.

Au toucher, utérus normal. Rien ne bombe dans les culs-de-sac. Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale se transmettent nettement au col utérin.

*Laparotomie le 11 juillet.*

Après l'incision de la ligne blanche on trouve, adhérente au péritoine pariétal, une masse rougeâtre, molle. On dissèque soigneusement les lèvres de l'incision péritonéale, et on libère suffisamment cette masse adhérente pour voir qu'elle se prolonge vers le petit bassin.

En suivant la tumeur vers le petit bassin on voit qu'elle s'im-

plante sur le fond de l'utérus à égale distance des 2 cornes utérines.

Il y a un contraste très net entre le fond de l'utérus absolument sain et la tumeur ramollie qui s'y plante. En étudiant le pédicule de la tumeur, on voit qu'il existe au fond de l'utérus une perforation très nette, de la dimension d'une pièce de 5 fr. environ, et que par cette perforation sort la masse spongieuse adhérente à la paroi. On résèque la masse issue de l'utérus. Dans l'utérus reste une autre portion de la masse spongieuse ayant la forme d'une poche tapissant les parois de la cavité utérine, séparée de la portion intra-abdominale de la masse par un étranglement correspondant à la perforation utérine.

On vide complètement l'utérus, on nettoie soigneusement les parois avec des éponges montées, puis on fixe les bords de la perforation utérine à la plaie abdominale. Un gros drain est laissé dans l'utérus ainsi marsupialisé.

Pansement iodoformé.

#### *Examen de la pièce.*

Macroscopiquement la nature de la pièce est difficile à déterminer. De couleur rougeâtre, de consistance mollassse, se laissant facilement déchirer, la tumeur ressemble singulièrement à un placenta dégénéré ; mais on ne trouve pas trace de cotylédons et, du reste, rien dans l'histoire de la malade ne permet de soutenir cette hypothèse. Le diagnostic anatomique sera déterminé par l'examen histologique.

L'examen histologique pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté par M. René Marie, montre clairement qu'il s'agit d'un fibrome dégénéré.

Nous avons cru intéressant de présenter cette pièce à la Société Obstétricale. C'est la première fois que nous avons vu un fibrome, d'abord intra-utérin, perforer ainsi la paroi utérine et contracter des adhérences avec la paroi abdominale. Quant au diagnostic, il était à notre avis presque impossible de le poser avec certitude. La forme de la tumeur, la fausse fluctuation dont elle était le siège avait fait penser à un kyste de l'ovaire et c'est d'après ce diagnostic que nous avons résolu l'intervention.

**Rapport sur la candidature de M. le D<sup>r</sup> Bureau**  
au titre de membre associé national : MM. GENDRON, OLIVIER,  
rapporteur.

M. Bureau, à l'appui de sa candidature, nous a lu, dans la dernière séance, un très intéressant mémoire sur l'*Accouchement d'une morphinomane*. La chose est si récente qu'il me paraît superflu de vous rapporter en détail cette observation. Il me suffira de vous rappeler brièvement qu'il s'agit d'une femme, qui, au cours d'une première grossesse, pour soulager de vives douleurs vésicales commença à se faire des injections de morphine et arriva rapidement à la dose de 8 à 10 centigrammes par jour. La grossesse terminée, elle continua l'usage de la morphine.

Depuis lors, la malade devint trois fois enceinte : la seconde grossesse se termina par la naissance d'une fille bien portante qui ne présenta ultérieurement aucun phénomène morbide. La troisième grossesse terminée, comme la seconde, par une application de forceps, donna naissance à une fille vivante qui mourut le 7<sup>e</sup> jour à la suite de mouvements convulsifs. Enfin, la quatrième, celle que M. Bureau observa, se termina par un accouchement spontané. L'enfant présentait un pied bot talus à gauche et une asymétrie de toute la partie gauche de la tête. Au moment de sectionner le cordon, M. Bureau eut l'idée de recueillir le sang des vaisseaux ombilicaux et du placenta et il le donna à analyser à un chimiste distingué, M. Grenouillet, qui put, par des manipulations savantes, arriver à constater, sans doute possible, la présence de la morphine dans ce sang. C'est là un fait extrêmement intéressant, car, si nous savions déjà que certains médicaments traversaient le placenta, la preuve n'en avait pas encore été faite pour la morphine. De cette observation ressort encore un fait intéressant, c'est le retard des derniers accouchements; il semble que la morphine retarde la mise en action de la fibre musculaire utérine.

En dehors de ce mémoire, le D<sup>r</sup> Bureau, qui est Agrégé des facultés de médecine se recommande encore par les nombreux travaux qu'il a publiés, et parmi lesquels nous citerons son volume sur la conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches; un mémoire sur le paludisme et la grossesse, où l'auteur montre que le sulfate de quinine



n'est pas abortif, au contraire ; la relation d'une grossesse quintuple, d'un accouchement gémellaire avec bassin vicié.

En terminant, je vous propose de publier dans notre bulletin la très intéressante observation de M. Bureau et d'accueillir favorablement sa candidature.

**M. BUREAU : Accouchement d'une morphinomane. — Preuve chimique du passage de la morphine à travers le placenta. — Réflexions.**

Madame G..., âgée de 33 ans, est une femme de haute stature, d'une santé parfaite. Régée à l'âge de onze ans, elle n'a jamais éprouvé de douleurs ou d'irrégularités pendant sa menstruation. Elle ne présente aucune tare pathologique personnelle ou héréditaire.

Mariée à la fin de l'année 1886, toujours bien réglée, Madame G... voit ses règles pour la dernière fois, le 13 octobre 1887 ; dès le 25 octobre elle éprouve tous les phénomènes du début de la grossesse.

Mais bientôt des douleurs assez violentes dans le bassin et surtout du côté de la vessie tourmentent cruellement la malade qui, pour se soulager, commence l'usage des injections sous-cutanées de morphine et arrive rapidement à supporter 8 ou 10 centigrammes par jour. Vers la fin de décembre, le médecin de madame G..., le docteur Gouël m'appelle en consultation. Après plusieurs examens répétés à deux jours d'intervalle, je diagnostique une grossesse extra-utérine. Bientôt des signes de menaces de rupture du kyste surviennent ; je sollicite l'avis et l'intervention d'un chirurgien, quand subitement, dans la nuit du 8 janvier 1888, la malade éprouve un soulagement énorme ; les contractions douloureuses disparaissent, l'appétit revient, l'état général se relève : la grossesse est interrompue. Les règles reviennent pour la première fois fin avril 1888 et continuent très exactement. J'ai suivi la malade, et j'ai constaté pour ainsi dire, semaine par semaine, la diminution progressive et rapide du kyste fœtal.

Mais madame G..., qui avait pris à ce moment l'habitude de la morphine, continua, malgré tous les conseils et la surveillance la plus active, à faire ses injections, à plus petite dose (2 ou 3 centigr. par jour).

Le 19 octobre 1888, la menstruation s'établit pour la dernière

fois ; une grossesse va débiter. Développée dans l'utérus, elle s'accompagne seulement de douleurs vésicales assez vives. A la fin de la grossesse, vers le 7<sup>e</sup> mois, je constate une grande quantité d'albumine dans l'urine. Le régime lacté rend les plus grands services. Madame G..., qui a pris, pendant tout le cours de cette grossesse, environ 4 ou 5 centigrammes de morphine par jour, accouche le 20 juillet 1889 d'une fille bien conformée, bien développée, mais qui n'a pas été pesée. Le travail lent fut terminé par une application de forceps sur une tête qui se présentait en droite postérieure.

A la naissance, la petite fille ne présenta aucun phénomène particulier, d'insomnie, d'agitation, ou au contraire, de somnolence. Elevée au sein par une nourrice étrangère, elle a eu sa première dent à cinq mois ; elle a marché à 11 mois. Elle est belle enfant aujourd'hui et très intelligente.

Malheureusement, madame G... continue l'usage de la morphine.

Son appétit morphinique augmente dans de telles proportions que son mari constate une dépense moyenne de 1 gr. à 1 gr. 20 par jour. La menstruation est toujours très régulière.

— Le 29 janvier 1893, les règles disparaissent. Nouvelle grossesse, très pénible, très douloureuse surtout par les phénomènes vésicaux et l'albuminurie. L'usage de la morphine est toujours au moins de 0 gr. 75 ctgr. par jour.

L'enfant se présente en droite postérieure et l'accouchement a lieu le 19 novembre 1893. En mon absence, mon excellent ami le Dr Loviot m'a remplacé et a terminé le travail par une application de forceps qui ne présenta pas de difficulté. La fille, née vivante, très bien développée, ne présentant sur le crâne aucune lésion apparente, prit le sein très difficilement ; elle mourut le 7<sup>e</sup> jour, présentant une agitation excessive, une respiration très précipitée, quelques mouvements convulsifs, le tout sans modification de la température. L'autopsie ne put être faite.

Le 19 juin 1894 est le dernier jour des règles de madame G... qui, jusque-là, a vu sa menstruation parfaitement normale.

Une grossesse commence, et toujours avec l'usage de 1 gr. de morphine environ par jour. Au milieu de la grossesse, je suis consulté, et j'essaie de diminuer, de supprimer même les injections sous-cutanées. La malade paraît avoir la volonté de triom-

pher de sa fatale passion. Mais elle prétend que la diminution de la morphine lui occasionne des douleurs violentes dans l'abdomen et que l'enfant s'agite tumultueusement. Tous mes efforts aboutissent à un échec complet.

La grossesse présente une marche tout à fait régulière.

Au commencement du 9<sup>e</sup> mois, je constate une présentation du sommet, et peu à peu la tête s'amorce au détroit supérieur en droite postérieure.

L'accouchement a lieu le 4 avril 1895, spontanément et après huit heures de travail. La fille criait fortement à sa naissance et pesait 3 kilogr. 750 gr. La délivrance fut spontanée et les suites de couches régulières.

L'enfant présente un pied bot talus à gauche. De plus, je constate une certaine asymétrie de toute la tête. Le côté gauche est dans son entier comme atrophié. Le pavillon de l'oreille de ce côté est accolé sur le crâne, et très peu développé. Le côté droit, au contraire est plus volumineux ; le pavillon de l'oreille se détache largement du crâne et forme un entonnoir très marqué par le pavillon hypertrophié.

L'enfant a été très agitée, un peu convulsive pendant la première semaine. Une bonne nourrice lui donna le sein, et aujourd'hui la nutrition paraît se faire parfaitement ; l'enfant se développe bien.

Immédiatement après la naissance, j'ai sectionné le cordon et j'ai recueilli par le bout placentaire 130 gr. de sang. Ce sang, retiré dans un verre lavé à l'alcool absolu et de tare connue, a été traité une heure après par M. Grenouillet, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau. Voici dans son entier la note qu'il m'a remise :

« Placé dans un mortier de verre, lavé à l'alcool absolu, le sang est trituré avec de l'alcool à 97°. L'opération; répétée huit à dix fois, a nécessité un poids de 520 gr. d'alcool. Le tout a été placé dans un flacon et agité fortement à plusieurs reprises. Après contact de quelques heures, le tout est jeté sur un filtre Berzélius lavé préalablement à l'alcool absolu. Le résidu resté sur le filtre a été lavé à l'alcool absolu, ce nouvel alcool réuni au premier filtratum.

« Le produit de lixiviation d'une part après addition de 0 gr.

« 75 acide tartrique chimiquement pur a été placé à l'étuve à 70°.

« D'autre part, le résidu du filtre additionné lui-même de 0 gr. 75 acide tartrique chimiquement pur est placé à l'étuve à 70°, dans un matras préalablement lavé à l'alcool absolu.

« Après séjour à l'étuve pendant une heure et agitations répétées, le produit de filtration sur un Berzélius lavé à l'alcool absolu des deux matras a été réuni, les filtres et résidus lavés à l'alcool à 97°.

« Le liquide alcoolique filtré, ainsi obtenu, est coloré en jaune un peu foncé.

« Nous avons évaporé le liquide sous une cloche dans le vide obtenu à l'aide d'une trompe, l'appareil étant exposé à une température de 22°.

« Après évaporation de l'alcool, la solution aqueuse obtenue présente de petits amas ronds de matière de consistance mucilagineuse, nageant dans une faible couche de liquide aqueux.

« Le tout est jeté sur un filtre Berzélius et lavé à plusieurs reprises avec de petites quantités d'eau distillée sur du permanganate de potasse.

« Le produit de filtration obtenu est placé sous une cloche au-dessus d'une coupelle d'acide sulfurique. Nous avons ainsi obtenu un nouveau résidu très légèrement coloré en jaune. Ce résidu repris par de l'alcool absolu et froid, donne après filtration un liquide presque incolore que nous laissons évaporer à la température ordinaire.

« Après évaporation de la partie alcoolique, il reste un résidu acide très peu abondant et presque incolore.

« Ce résidu, dissous dans une faible quantité d'eau distillée pure, a été jeté sur un filtre. Après quelques lavages du filtre à l'eau distillée, la solution aqueuse obtenue est placée dans un flacon bouché préalablement lavé à l'alcool absolu. Ce liquide est traité par le bicarbonate de potasse chimiquement pur, jusqu'à cessation d'effervescence. A ce moment, le liquide est traité par 5 fois son volume d'éther pur à 6/0. Après agitations répétées et repos, l'éther vient surnager à la surface du liquide aqueux. Quand il est devenu limpide, il est décanté et placé dans une capsule de verre, et laissé à l'air libre.

« Dans ces conditions, après évaporation de l'éther, nous avons

« obtenu un très léger résidu blanc qui, à l'œil, semble amorphe,  
« mais qui, au microscope, laisse distinguer la forme prismati-  
« que. Le résidu obtenu étant en trop faible quantité pour, au  
« cas où il serait dû à de la morphine, être mis à cristalliser,  
« nous a servi à essayer les réactions suivantes :

*Acide périodique.*

Réduction intense par la solution alcoolique obtenue en traitant notre résidu par l'alcool à 97°.

En ajoutant un peu d'empois d'amidon, la coloration bleue de l'iodure d'amidon apparaît d'une façon manifeste.

*Acide iodique.*

Réduction intense et coloration de la liqueur jaune.

*Chlorure ferrique.*

Un peu du résidu amorphe pulvérisé a été ajouté à une solution de chlorure ferrique.

La liqueur est devenue bleue avec tendance au vert.

*Acide azotique concentré.*

Coloration rouge sang avec un peu du résidu.

*Solution sulfurique d'acide molybdique de Frædh.*

Coloration violette manifeste avec un peu du résidu.

« La faible quantité de produit obtenu ne nous a pas permis  
« de poursuivre le complément des réactions de la morphine,  
« nous nous croyons autorisés à le dire : mais les réactions posi-  
« tives et manifestes ci-dessus nous autorisent à conclure que le  
« sang examiné contenait une certaine proportion de morphine.

Cette démonstration chimique du passage de la morphine à travers le placenta n'est pas un fait surprenant, mais je n'ai trouvé cette preuve établie dans aucun des mémoires que j'ai consultés à ce sujet.

Dans son remarquable travail de 1878, « De l'absorption des médicaments par le placenta et de leur élimination par

l'urine des enfants nouveau-nés », Porak reproduit dans un appendice le résumé des expériences de Fehling, les statistiques de Kormann, qui signalent les accidents survenus aux fœtus à la suite de l'emploi de la morphine chez la mère; ce dernier auteur, qui n'avait en vue que l'usage de la morphine pendant le travail, donne au sujet de la santé des enfants une statistique qui est très mauvaise, puisqu'il donne sur 69 naissances 23 enfants morts.

Ahlfeld avait une opinion presque aussi pessimiste. Depuis cette époque, les accoucheurs qui se sont occupés de la morphine, l'ont étudiée surtout pendant le travail: ainsi P. Mundé en 1877, Gillette en 1887, tous les deux en *Americ. Journ. of obstetric*.

En 1891, Fürst a publié (*Centralblatt f. Gyn.*, 1891, n° 3, p. 73) une note ainsi conçue: Morphine chez les femmes enceintes, les parturientes et les nourrices. J'en résume les trois principaux:

L'auteur expose un cas observé par lui-même minutieusement d'une femme morphinomane qui, pendant une 3<sup>e</sup> et une 4<sup>e</sup> grossesse faisait 8 à 900 injections avec une solution à 3 %. Les enfants sont tous bien développés, physiquement et intellectuellement. Le premier enfant apprenait à parler dès sa première année et eut à dix mois sa première dent; le deuxième n'apprit à parler que vers l'âge de deux ans et eut sa première dent à 18 mois.

Il conclut de son observation que l'effet narcotique de la morphine est loin de nuire à un haut degré à la vie et à la santé du fœtus, comme plusieurs l'admettent.

La lecture de mon observation, en dehors de la constatation chimique de la morphine, fait ressortir deux faits assez intéressants:

Le premier, c'est la présence des vices de conformation de l'enfant, pied bot gauche et atrophie partielle du côté gauche de la tête;

Le second se rapporte au prolongement, au moins apparent de la grossesse. L'enfant n'est pas d'un poids exagéré; mais en comptant l'âge de la grossesse comme nous le faisons ordinairement, c'est-à-dire en ajoutant sept jours au dernier jour des règles, il paraît que la grossesse s'est prolongée d'une

quinzaine de jours environ ; comme si l'usage exagéré de la morphine retardait la mise en action de la fibre musculaire utérine.

Si nous considérons en effet la première grossesse, quand Madame G... ne prenait qu'une dose insignifiante de morphine, les règles ont été terminées le 19 octobre 1888 et l'accouchement eut lieu le 20 juillet 1889.

A la deuxième grossesse, Madame G... prenant environ 1 gr. de morphine par jour, les règles ont été terminées le 29 janvier 1893, et l'accouchement eut lieu le 19 novembre 1893.

A la dernière grossesse enfin, les règles ont été terminées le 14 juin 1894, et l'accouchement eut lieu le 4 avril 1895.

**Rapport de la candidature de M. le D<sup>r</sup> Samuel Gache**, au titre de membre correspondant étranger par MM. Olivier, Porak, rapporteur.

M. le D<sup>r</sup> Samuel Gache, médecin de la Maternité de l'hôpital Rawson, à Buenos-Ayres, a envoyé à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger un très volumineux travail sur la Climatologie médicale de la République Argentine et des principales villes de l'Amérique.

Cet ouvrage, in-4°, comporte plus de 900 pages, dont 700 pages sont consacrées à l'étude de la République Argentine et les autres 200 pages surtout aux grandes villes des Républiques Sud-Américaines. Aucun renseignement n'est d'ailleurs donné sur l'Equateur, le Venezuela et les Guyanes. Ce qui concerne l'Amérique du Nord est des plus sommaires.

L'auteur nous donne une étude saisissante du conflit des races dans la République Argentine. Il nous montre comment par le mélange des sangs, les femmes européennes faisant presque complètement défaut, les races du pays ont fini par prédominer sur celle des vainqueurs et constituer une nouvelle souche, ayant à côté de défauts particuliers des qualités de premier ordre, une vitalité et une activité tout à fait remarquables.

Le malheur poursuit les Autochtones qui ne se sont pas mélangés aux conquérants. Ils ne sont pas suffisamment armés dans la lutte pour la vie. Ils croupissent dans une

situation abjecte et inférieure et disparaissent progressivement, décimés par la variole, la syphilis et l'alcoolisme, dont l'Europe semble les avoir gratifiés.

Dans cet immense pays qui s'étend du 22<sup>e</sup> au 55<sup>e</sup> degrés longitude Sud et de 62<sup>e</sup> à 73<sup>e</sup> latitude, tandis que la France comprend une surface qui dépasse à peine 10<sup>e</sup> autant dans le sens de la longitude que de la latitude, on conçoit la grande variété des maladies qu'on y peut observer suivant les localités. Aussi l'auteur consacre deux parties à son travail, l'une s'adressant à des généralités pathologiques, climatologiques et démographiques et l'autre à l'étude particulière des différentes provinces de l'Argentine. La fièvre typhoïde, le goître, le paludisme, la parasitologie, l'alcoolisme, l'étude des stations climatiques et thermales arrêtent spécialement l'auteur.

A notre point de vue spécial, nous devons borner notre analyse à l'étude de la mortalité puerpérale et infantile observée dans la République Argentine.

Il est certain que les principes antiseptiques ont encore peu pénétré dans la pratique obstétricale de cette belle contrée, encore si peu peuplée. Mais dans les grandes villes, comme à Buenos-Ayres, la mortalité puerpérale semble avoir diminué notablement. Nous nous méfions d'ailleurs des statistiques données par l'auteur, de même que nous nous méfions des renseignements donnés à cet égard dans les statistiques fournies dans les grandes villes d'Europe, voir même de ceux de Paris.

La natalité y est peut-être plus élevée qu'en aucune autre région du monde, mais la proportion des mort-nés est considérable. On l'évalue dans les grandes villes de l'Argentine à :

|                                |                                       |   |
|--------------------------------|---------------------------------------|---|
| 55 ‰ à Rosario,                | relativement à la mortalité générale. |   |
| 95 ‰ à la Plata,               | —                                     | — |
| 30 ‰ à Santa-Fé,               | —                                     | — |
| 40 ‰ à Parana,                 | —                                     | — |
| 5 ‰ à Corrientes,              | —                                     | — |
| 53 ‰ à Saint-Nicolas,          | —                                     | — |
| 8 ‰ à Santiago del Estero,     | —                                     | — |
| 35 ‰ à Bahia Blanca,           | —                                     | — |
| 64 ‰ à Conception del Uruguay, | —                                     | — |
| 95 ‰ à Tandil,                 | —                                     | — |



Les causes les plus habituelles de la mort reconnaissent les maladies du tube digestif.  
 Il y a cependant lieu de faire une mention spéciale pour le botulisme neonatal qui est extrêmement commun dans toute l'étendue de la République, mais qui exerce ses ravages d'une

Dans quelques villes la mortalité infantile dans les 5 premières années aient donné une mortalité s'élevant à 50 % de la mortalité générale comme à Chivilcoy, Rojas, Santa-Fé, Cañuelas. C'est dans la saison chaude que cette mortalité est plus élevée. La cause la plus importante se trouve facilement dans l'alimentation maternelle ou au sein, dans l'alimentation prématurée et très défectueuse.

| Enfant de 4 à 5 ans. |                           | Enfant de 1 à 2 ans. |
|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Morts                |                           | décès                |
| 1911                 | 170 % mortalité générale, | 53 %                 |
| 1912                 | 178 %                     | 80 %                 |

Dans quelques villes la mortalité infantile dans les 5 premières années aient donné une mortalité s'élevant à 50 % de la mortalité générale comme à Chivilcoy, Rojas, Santa-Fé, Cañuelas. C'est dans la saison chaude que cette mortalité est plus élevée. La cause la plus importante se trouve facilement dans l'alimentation maternelle ou au sein, dans l'alimentation prématurée et très défectueuse.

Les causes les plus habituelles de la mort reconnaissent les maladies du tube digestif.

Il y a cependant lieu de faire une mention spéciale pour le botulisme neonatal qui est extrêmement commun dans toute l'étendue de la République, mais qui exerce ses ravages d'une

façon particulière à Buenos-Ayres, à Saint-Nicolas, à Santa-Fé, à Cordoba. Elle porte plus fréquemment sur les garçons que sur les filles et sévit surtout dans les deux premières semaines de la vie.

Tandis qu'elle reste très élevée à Saint-Nicolas, elle a presque doublé de fréquence de 1887 à 1890 à Santa-Fé et à Cordoba. Elle a diminué d'une façon notable à Buenos-Ayres où en 1875 elle frappait 43 enfants sur 1000 décès et où en 1894 elle ne frappe que 10 enfants sur 1000.

Cela tient sans contredit aux progrès des pansements antiseptiques du cordon et de l'accouchement antiseptique. La meilleure preuve en est que cet accident est pour ainsi dire inconnu dans les maternités bien tenues.

Le travail de M. Samuel Gache est très important. Nous nous faisons un réel plaisir de lui envoyer nos félicitations et d'appuyer chaudement sa candidature.

**Rapport sur la candidature du D<sup>r</sup> Caubet au titre de membre associé national.** MM. Loviot, Auvard, rapporteur.

Le D<sup>r</sup> Caubet a présenté à notre Société, pour appuyer sa candidature, une très intéressante observation de syphilis héréditaire ayant amené trois avortements et l'accouchement d'un monstre, observation dont je ne rappellerai pas les détails, qui ont été donnés à la lecture de cette observation.

Voici les titres du D<sup>r</sup> Caubet : Ex-externe des hôpitaux. (MM. Trélat, Hardy, Potain, Rendu, Budin, Auvard). Médaille de bronze de l'Assistance publique (*Externat*).

Thèse inaugurale (1889). « Essais sur les manifestations buccales de la rougeole chez les enfants. »

Médaille de bronze du Ministère de l'Intérieur. — Choléra 1889.

Médecin divisionnaire de la Police municipale.

Médecin Inspecteur des Ecoles du IX<sup>e</sup> Arrondissement.

Chef de clinique du D<sup>r</sup> Auvard depuis 1889.

Ouvrages : *Contribution au traitement des cystites chez la femme* (*Archives de tocologie*, 1891).

*Memento de thérapeutique obstétricale et gynécologique, en collaboration avec le Dr Touvenaint, 1862.*

*Anesthésie obstétricale et chirurgicale en collaboration avec le Dr Auvard, 1892.*

*Thérapeutique générale et hygiène, in collection, Auvard, 1893.*

Je crois donc que notre Société ne peut que s'honorer de l'accepter parmi ses membres, et mon rapport conclut à son élection.

Dr B. NARICH (de Smyrne) : **Sur l'emploi du lacs, au point de vue des lésions qu'il peut produire. Signalement de deux nouveaux dangers du lacs et de deux nouveaux avantages du tracteur du siège.**

Les lésions du fœtus dues à l'extraction, dans les présentations du siège, sont, on le sait, nombreuses, et le mémoire de Ruge, traduit par M. Charpentier, en donne une énumération assez complète (1). A cette série de lésions, MM. Bar et Tissier viennent d'ajouter la description de celles que peut produire le lacs usuel appliqué dans l'aîne du fœtus lorsque le siège, se présentant par les fesses seules, est enclavé dans la cavité pelvienne. Leur communication à la séance de février de la Société obstétricale avait pour titre : *Conséquences immédiates et tardives de l'emploi des lacs dans le cas de présentations du siège, mode des fesses. Présentation de pièce et de malade.*

Malgré leurs trois faits de lésions que ces auteurs attribuent directement *aux lacs*, faits qui constituent le fond de leur travail, nous aimons à constater qu'ils reconnaissent l'utilité de ce procédé et qu'en principe ils lui restent fidèles. En effet, ils entrent en matière en ces termes : « L'emploi des lacs dans le cas de présentation du siège, mode des fesses, a été *fort heureusement* préconisé et à bien des reprises nous y avons eu recours. Presque toujours, ajoutent-ils, il nous a donné d'*excellents résultats.* »

(1) Des lésions du fœtus, etc. Doin, 1875.

Maintenant peut-on expliquer pourquoi, à côté de leurs nombreux succès, ces auteurs ont eu trois cas de lésions dont deux fort graves ? Nous allons essayer de le faire dans les paragraphes suivants, et si nous réussissons, ce dont nous ne saurions être juge nous-même, nous aurons considérablement diminué l'aggravation pronostique qui résulte, à la charge des lacs, du travail des accoucheurs précités.

*Nécessité de choisir un bon lacs et de le recouvrir de caoutchouc.* — Quoi qu'on puisse dire sur le plus ou moins de bénignité du procédé lacs, il n'est pas moins vrai que l'on doit choisir l'espèce de lacs que l'expérience a consacré comme étant la plus inoffensive. Aussi, dans la discussion de la Société, M. Maygrier, rappelant que M. Tarnier recommande de ne se servir que de la mèche des fumeurs cylindrique, constate que dans le cas le plus malheureux, dont MM. Bar et Tissier présentaient le moulage, les opérateurs n'ayant pas sous la main ce lacs spécial, s'étaient servi d'une mèche plate de lampe qu'il considère comme désavantageuse. De son côté, M. Olivier ajouta « qu'il est bon d'appliquer le lacs dans un tube de caoutchouc. Pour ma part, dit-il, je n'ai jamais eu d'accidents et je l'attribue à ce que j'emploie toujours mon lacs de caoutchouc. »

J'avoue qu'il me convient de citer ces paroles favorables au lacs, parce qu'on a peut-être remarqué dans les précédentes communications que j'ai déjà eu l'honneur de faire à la Société obstétricale sur mon *tracteur du siège*, en mai 1892 et en octobre 1894, que ce nouvel instrument dont la première de ces communications donnait la figure, se compose de trois pièces : d'un crochet, d'un manche mobile et d'un lacs qui porte son action sur l'aine. Le lacs fait donc partie du tracteur et pour cette raison partage nécessairement l'aggravation pronostique qui résulte des trois faits de MM. Bar et Tissier.

Si l'on jette les yeux sur la figure du tracteur (séance de mai 1892), on voit que l'instrument appuie sur la région de l'aine par cette petite portion du lacs qui soustend comme une corde l'arcade du crochet métallique. Cette petite portion de lacs on peut la recouvrir, et c'est ainsi que nous faisons, d'un fragment de tube de caoutchouc que l'on y glisse immédiatement

après avoir passé le lacs dans l'orifice du bec du crochet. Comme espèce de lacs nous nous servons du ruban rouge *de laine*, large de quatre centimètres, et qui se trouve *doublé* sous l'arcade du crochet, deux conditions qui lui donnent suffisamment le moelleux de la mèche des fumeurs.

Du reste, nous n'avons pas de motif pour ne pas essayer aussi cette dernière, car on peut armer le tracteur de toute espèce de lacs, et c'est encore là un des nombreux avantages de cet instrument. Mais revenons à l'analyse des observations de MM. Bar et Tissier.

*Emploi de forces multiples.* — Considérant que le lacs ne serait pas toujours un procédé inoffensif, divers accoucheurs écartent le danger de léser le pli de l'aîne en combinant aux tractions sur le lacs usuel, d'autres forces naturelles ou artificielles. « Il faut, a dit dans la même discussion mon savant maître M. Budin, il faut que toutes les forces dont on peut faire usage concourent au même but. » Et il en énumère trois : 1<sup>o</sup> les tractions sur le lacs, 2<sup>o</sup> l'expression utérine, et 3<sup>o</sup> la contraction utérine que l'on peut réveiller par l'ergot, comme le dit M. Porak, ou par l'introduction de la main profondément derrière le siège du fœtus, comme le fait M. Guéniot.

Dans aucun de leurs trois cas, MM. Bar et Tissier n'ont eu recours à la multiplicité des forces dont leur a parlé M. Budin. Et s'ils y avaient eu recours ils l'eussent certainement écrit pour donner plus de poids à leur argumentation. Privée de ce concours de forces agissant en même temps, la région de l'aîne du fœtus a supporté seule tous les efforts concentrés sur le lacs. C'est dans une telle circonstance défavorable que nous trouvons fort légitimes ces paroles que M. Guéniot a prononcées pendant la discussion. . . . « quelles que soient, dit-il, la forme et la substance du lacs, on aura toujours des lésions si on exerce des tractions *trop vigoureuses* ».

L'utilité de l'emploi des forces multiples est donc une des conclusions qui découlent de l'intéressante discussion de la séance de février de la Société obstétricale.

*Tractions patientes et intermittentes.* — Le principe obstétrical qui veut que l'on ait recours à des efforts intermittents,

doit être encore mieux respecté quand on applique le lacs sur l'aîne, car on agit sur une surface linéaire par l'intermédiaire d'une substance qui fait corde. Il faut donc de toute nécessité n'agir que pendant les contractions utérines. Mais ces contractions peuvent, par hasard, être tellement rapprochées, que l'intermittence dans les tractions soit, comme *temps*, absolument insuffisante à soulager la région saisie. Il appartient donc à l'appréciation de l'opérateur de prolonger ces intervalles de repos pour permettre aux tissus comprimés de reprendre leur circulation artérielle et leur influx nerveux.

Nulle part encore, dans les observations de MM. Bar et Tissier, il n'est dit qu'ils aient mis le moindre repos dans leurs efforts et, nous le répétons, on ne saurait passer sous silence ces détails opératoires quand il s'agit de montrer que tel procédé serait parfois très dangereux. La sincérité de ces auteurs, dont il faut les féliciter, nous prouve au contraire qu'ils ont fait leur opération d'un seul trait. En effet, parlant de leur cas le plus malheureux, le cas photographié, ils disent que... « les tractions ont été prolongées pendant *dix minutes* ». Un fœtus très enclavé, et que les auteurs déclarent très volumineux, l'extraire d'un trait en *dix minutes*, n'est-ce pas aller beaucoup trop vite ? Et les intermittences dans les tractions, quand on y a recours, n'exigent-elles pas chacune deux ou trois minutes *au moins* ? M. Budin aura été frappé, nous semble-t-il, de cette absence d'intermittences dans les tractions des opérateurs car, en prenant part à la discussion, un de ses premiers arguments était bien celui-ci... « que les tractions ne doivent être appliquées que pendant les contractions utérines ».

Nous croyons donner de plus en plus la preuve que MM. Bar et Tissier, en face de leurs trois cas, s'étaient placés, pour opérer, dans les conditions les plus désavantageuses, ce qui invite à modifier très sensiblement la conclusion que l'on doit tirer de leur travail. En effet, ils décrivent des lésions pour montrer que le procédé *lacs* est parfois très dangereux, tandis que l'analyse de leurs observations montre que, s'ils n'ont pas entièrement créé ce danger, ils ont du moins beaucoup contribué à l'augmenter. Du reste, les accoucheurs qui ont pris

part à la discussion de leur travail n'ont-ils pas assez montré qu'ils en avaient saisi le côté faible, et ce par des arguments sérieux dont quelques-uns nous servent aujourd'hui ?

*Au repos des tractions le lacs usuel maintient la strangulation des tissus.* — Il y a lieu d'examiner ici un détail important concernant le lacs usuel, détail qui me paraît très défavorable à ce procédé. Pendant les intervalles réglementaires de repos le lacs, ruban ou mèche, se détache-t-il suffisamment de la rigole du pli de l'aine au fond de laquelle il comprime et étrangle les tissus ? Je ne le crois pas, et je reste convaincu qu'au repos, le lacs se relâche d'une façon trop insuffisante. C'est un inconvénient inhérent à toute substance faisant corde autour d'une région anatomique quelconque, à plus forte raison autour de l'aine, région si bien faite pour maintenir la strangulation des tissus pendant que l'on ne tire pas. C'est là l'un des nouveaux dangers du lacs annoncés dans le titre de ce travail, et nous l'appelons nouveau parce qu'il est annoncé et expliqué pour la première fois.

Empressons-nous d'ajouter que notre tracteur du siège n'offre pas ce sérieux inconvénient. En effet, au commencement de chaque repos, l'opérateur fixe un instant le manche mobile et pousse un peu l'instrument vers le haut, ce qui *détache* le lacs du tracteur du fond de la rigole de l'aine. De la sorte, la compression cesse totalement pendant que l'opérateur ne tire pas, et les tissus reprennent leur circulation. Voilà l'un des nouveaux avantages du tracteur, également signalés dans le titre de cette communication.

Pour revenir aux cas de MM. Bar et Tissier, nous nous résumerons en disant : qu'ils n'ont pas toujours eu à leur disposition le meilleur lacs, et que ceux qu'ils ont employés n'avaient pas été appliqués dans un tube de caoutchouc ; qu'ils n'ont pas eu recours à l'emploi de forces multiples ; qu'ils n'ont pas satisfait au principe des tractions intermittentes, condition aggravée par le fait qu'ils ont terminé leur opération trop vite. Dès lors, que penser de ces paroles que M. Bar a prononcées dans le cours de la discussion : « Nous avons surtout voulu, dit-il, mettre en garde contre cette idée que le lacs était toujours inoffensif ; nous disons, ajouta-t-il, que même

en exerçant des tractions *très prudentes* on peut avoir des accidents ! »

Par tout ce qui précède, et par ce qui va suivre, il ressort, très clairement selon nous, que MM. Bar et Tissier sont au contraire loin d'avoir exercé des tractions « très prudentes », et peut-être faisons-nous bien de mettre en garde contre leur affirmation peu fondée, car la lecture de leur travail et l'aspect de la cuisse photographiée, pourraient alarmer bien à tort des praticiens non spécialistes, c'est-à-dire peu rompus à la critique obstétricale, ce qui les exposerait à hésiter sur l'emploi d'un procédé qui rend de réels services.

L'on sait que tous les procédés obstétricaux peuvent exposer à des accidents, et que le degré du danger dépend de ce que l'on s'applique plus ou moins à en diminuer les inconvénients. MM. Bar et Tissier, dont le travail nous a inspiré la présente communication, n'ont pas fait ce qu'il fallait pour rendre le lacs inoffensif dans la plus large mesure possible. Si ces auteurs avaient opéré selon toutes les règles de la prudence et que, *malgré cela*, ils eussent eu aux parties molles les lésions qu'ils ont décrites, combien autrement instructives eussent été leurs observations et la très intéressante photographie qui les accompagne !

Voilà notre humble argumentation pour ce qui regarde les lésions des téguments. Examinons maintenant la manière dont peut se produire la fracture du fémur, malgré une position « nettement antérieure », ce qui semble étonner MM. Bar et Tissier.

*Glissement inconscient du lacs et fracture du fémur.* — Ces positions sacro-antérieures ne sont que *relativement* favorables, car elles ne sont pas directes, mais obliques, ce qui fait que les cuisses ne regardent pas directement, mais *obliquement* en arrière. De là sorte, l'une de ces cuisses, précisément celle sur laquelle on applique le lacs, se trouve assez rapprochée du pubis, c'est-à-dire qu'elle regarde assez *en avant* pour que l'accident du glissement du lacs et de la fracture devienne possible.

Voyons comment se produit le glissement et s'il existe un moyen d'en garantir le fémur. L'accident et son remède pré-



ventif dépendent, selon nous, de la direction que l'on imprime au lacs et aux tractions.

Il y a deux manières de diriger le lacs. L'une est bonne, car elle garantit le fémur. L'autre est mauvaise, car elle l'expose à la fracture par glissement, et ce dernier se produit à l'insu des opérateurs, raison pour laquelle nous l'appelons *inconscient*.

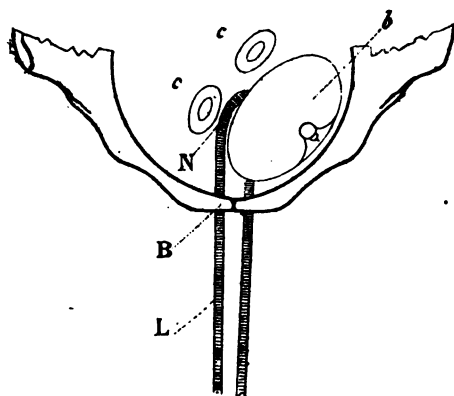


Fig. 1

Les trois figures schématiques de la planche qui accompagne ce travail nous aideront à donner la démonstration de ce qui précède. Chacune de ces figures dont la première est complètement détaillée par des lettres, représente une coupe horizontale passant par le bassin et le pubis de la mère (B) et intéressant les mêmes régions du fœtus (b) située en position sacro-antérieure gauche, position que, selon notre manière de voir, nous tenons pour relativement favorable, car, ainsi que nous l'avons dit, les cuisses (c.c.) regardent non pas directement, mais obliquement en arrière. La lettre L indique le lacs dont l'anse N. se trouve normalement assise dans l'aîne gauche du fœtus, l'aîne la plus rapprochée de la vulve.

Afin que les tractions soient normales et inoffensives, c'est-à-dire afin d'éviter le glissement et la fracture, il faut maintenir le lacs *dans la ligne médiane* du corps de la mère pour tirer dans la direction de l'axe du bassin de celle-ci, comme le montre notre figure 1. De cette manière les efforts portent,

non pas sur le fémur, on le sait bien, mais au fond de l'angle de l'articulation fléchie. Voyons maintenant comment il ne faut pas tirer :

Si pour une raison quelconque (probablement dans l'espoir de mieux diriger vers la vulve la masse du fœtus) l'opérateur, au lieu de tirer suivant la ligne médiane comme précédemment, tire vers sa gauche en inclinant le lacs vers la cuisse droite de la mère, ainsi que l'indique la figure 2, alors l'un des chefs du lacs, celui qui longe le périnée du fœtus, glisse en contournant par en bas la fesse correspondante et remonte le long du fémur qu'il embrasse et qu'il brise pendant les tractions. La même figure 2 montre au point F le lacs embrassant le fémur après le glissement.

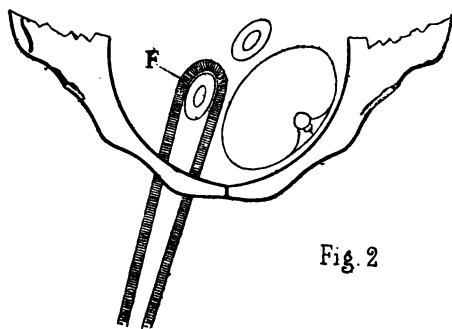


Fig. 2

C'est là la raison pour laquelle, dans le cas le plus malheureux de MM. Bar et Tissier, ces auteurs, à côté des lésions cutanées dont nous avons plus haut recherché les causes, ont eu également une fracture du fémur. Quoique leur fœtus fût dans une de ces positions que l'on regarde comme franchement favorables, position antérieure gauche représentée par la figure 2, ils se mirent dans le cas des positions défavorables en dirigeant leur lacs vers la cuisse droite de la mère, comme le montre la même figure. En effet... « les tractions, affirment-ils, ont été dirigées légèrement *à gauche* ». Il est incontestable qu'ils entendent par là à gauche *de l'opérateur*, ce qui rapproche le lacs de la cuisse droite de la mère.

Si l'on n'admet pas nos précédentes explications, nous nous

demanderons avec étonnement comment, dans leur cas, le fémur a pu se fracturer, et se fracturer non pas tout près de l'article, mais « à son tiers supérieur », comme le disent les auteurs en question.

MM. Bar et Tissier expliquent leur fracture d'une manière que nous ne saurions admettre. Frappés par les lésions que leur lacs produisit aux parties molles de l'aine, ils s'empressent d'affirmer que, dans ce même cas, la fracture du fémur, elle aussi, aura été produite par la pression directe du lacs *sur l'aine*, et non par le fait du glissement. En effet, après avoir dit qu'ils tirèrent à gauche et qu'ensuite ils entendirent un bruit sec annonçant la fracture, ils expriment leur étonnement sur cet accident en disant « qu'il s'agissait pourtant d'une position nettement antérieure », et de suite après ils éliminent l'idée de glissement en ajoutant cette phrase : « Le moulage que nous vous présentons, montre que le lacs était bien appliqué dans l'aine et *qu'il ne s'était pas déplacé* ! »

Par ces dernières paroles, MM. Bar et Tissier veulent dire que quand le lacs glisse (ce qu'ils n'admettent pas pour leur cas) il quitterait la région de l'aine et que, quand la fracture se produit après le glissement, la peau de la cuisse fœtale porterait des marques qui seraient visibles sur le moulage. Il y a là une double erreur d'interprétation, car la fracture du fémur pour se produire n'exige pas des efforts capables de léser les téguments, et quand cette fracture a lieu, c'est, comme nous l'avons dit plus haut, par le glissement d'une partie seulement du lacs, l'autre partie restant profondément logée dans l'aine, d'où elle n'a aucune raison mécanique pour sortir. La figure 2 qui représente le glissement à la suite de la direction désavantageuse que les opérateurs imprimèrent au lacs et aux tractions, montre bien l'anse du lacs embrassant *en même temps* et le fémur qu'elle a fracturé, et la région de l'aine dont elle a lésé les téguments.

Nous avons déjà montré que les bonnes tractions sont celles que l'on dirige suivant la ligne médiane du corps de la mère. Elles offrent au fémur une sécurité que nous appellerons *suffisante*.

Il existe cependant une troisième manière de tirer également bonne, peut-être même meilleure, car sous le rapport des

garanties contre le glissement et la fracture, elle offre une sécurité que je puis dire presque *absolue*. Dans cette troisième manière, représentée par la figure 3, on doit tirer après avoir rapproché le lacs de la cuisse de la mère *correspondante au sacrum du fœtus* ; de la sorte l'anse du lacs dirige franchement sa concavité vers le bassin du fœtus sur lequel elle semble être à cheval, comme l'indique la même figure, condition qui rend absolument impossible son empiètement sur le fémur.

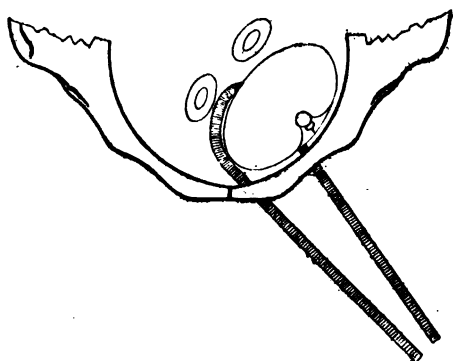


Fig. 3

On peut objecter qu'en tirant dans cette direction on tend à appliquer le dos et le sacrum du fœtus contre la paroi pleine du bassin de la mère, tandis qu'avec les tractions médianes la résultante de l'effort se dirigerait mieux vers l'orifice vulvaire. Cette objection ne serait pas sans fondement ; mais, vu la nécessité de garantir au maximum le fémur, on peut, sans trop rapprocher le lacs de la bonne cuisse de la mère (correspondante au sacrum du fœtus), on peut l'incliner vers ce côté en l'écartant modérément de la ligne médiane.

*Doit-on tirer dans la verticale ou près de la verticale ?* — Tout ce qui vient d'être dit des tractions regarde leur direction variant suivant le plan horizontal : tractions médianes, tractions à droite, tractions à gauche. Un mot maintenant sur cette question ; y a-t-il quelque avantage à diriger le lacs et les efforts un peu en avant, vers le corps de l'opérateur, ou bien faut-il les reporter en arrière pour se rapprocher de la verticale ? Plus on rapproche le lacs de la verticale plus les

efforts se concentrent et s'isolent dans le fond de l'angle de l'articulation fœtale, cela se conçoit aisément, et cette concentration des efforts en un point exclusif, ne serait pas vue d'un bon œil par ceux qui peuvent craindre les décollements épiphysaires, admissibles peut-être dans les cas très enclavés où l'on n'a pas recours à l'emploi des forces multiples. Nous croyons donc que, quand les opérateurs dirigent le lacs *un peu en avant*, ils font bien, car de la sorte la ceinture pelvienne du fœtus, elle aussi, supporte une partie des efforts.

Bien des accoucheurs se servent fréquemment du lacs. Nous admettons que les uns lui donnent une direction mauvaise et les autres une direction meilleure, et que cela est dû au hasard. Avant notre présent travail, c'est le hasard aussi qui nous aurait guidé nous-même si, en l'absence du tracteur, nous avions à nous servir du lacs usuel. Pour ceux donc qui tiennent à rester fidèles à ce dernier procédé, nous dirons que le meilleur mode de tractions est le suivant :

1° Diriger le lacs et les tractions en bas, et un peu en avant.

2° Eviter de rapprocher le lacs de la cuisse de la mère opposée au sacrum du fœtus, car on s'expose au glissement auquel succède la fracture du fémur (fig. 2).

3° Maintenir le lacs dans la ligne médiane, et même, de préférence, le rapprocher légèrement de la cuisse de la mère correspondante au sacrum du fœtus. C'est la bonne cuisse (fig. 3).

Comme nous l'avons vu plus haut, un des dangers du lacs consiste à maintenir plus ou moins la strangulation des tissus au repos des tractions danger auquel nous avons opposé l'avantage que possède notre tracteur d'éviter radicalement cette strangulation. De même, au danger de fracturer le fémur avec le lacs usuel, danger qu'on ne saurait éviter qu'en pratiquant les tractions, comme nous venons de l'indiquer, nous opposons, avec toute notre conviction, (l'avantage nouveau parce que nous n'y avons pensé qu'à la suite du travail de MM. Bar et Tissier) que possède notre tracteur *de ne jamais exposer au glissement*. Dans le tracteur, la portion de lacs qui porte sur l'aine se trouve fixée, immobilisée grâce à son passage dans des orifices situés en face l'un de l'autre près du crochet. Il n'y a donc pas là deux chefs libres dont

l'un puisse glisser et remonter le long du fémur. Un coup d'œil sur cet instrument fabriqué par Collin, ou sur la figure qui le représente dans notre communication de mai 1892, vaut mieux qu'une description pour faire comprendre l'avantage en question, c'est-à-dire l'impossibilité du glissement.

Il résulte de tout ce qui précède, qu'entre le lacs usuel et le tracteur du siège, notre conviction scientifique et notre conscience (nous disons conscience à cause des dangers inhérents au lacs) ne nous laissent pas hésiter un seul instant, et c'est au tracteur que nous avons recours d'emblée.

Que l'on nous permette de résumer ci-dessous les inconvénients opératoires et les dangers du lacs usuel, ainsi que les avantages qu'a sur lui le tracteur du siège.

*Inconvénients opératoires et dangers du lacs.* — 1° Après avoir introduit la main entière profondément dans les organes maternels pour présenter le lacs à l'extrémité de l'aine, il faut y rester plus ou moins longtemps, selon les difficultés du cas, pour pousser ce lacs par-dessus l'aine et pour le saisir ensuite du côté opposé. Il est donc un premier point parfaitement clair : c'est que l'introduction du lacs avec la main constitue, quoi qu'en puissent dire les partisans du procédé, une manœuvre de tâtonnement.

2° De l'aveu de MM. Bar et Olivier (séance de juillet 1890) et de M. Porak (séance d'octobre 1894) les difficultés de passer le lacs sont *parfois* telles qu'il faut, pour réussir à le passer, se servir d'instruments spéciaux dits *porte-lacs*. La nécessité d'avoir en réserve un instrument *accessoire*, afin qu'à l'occasion on puisse *venir en aide* à un procédé opératoire, n'est-ce pas là une excellente preuve de l'imperfection de ce procédé ?

3° Fatalement les porte-lacs fragmentent l'introduction du lacs en plusieurs temps, qui sont : introduire le porte-lacs par-dessus l'aine ; pousser un ressort pour abaisser la baleine ; fixer le lacs dans cette baleine ; faire reculer celle-ci pour attirer l'instrument devenu *inutile* une fois le lacs appliqué. Peut-on nier qu'il s'agisse là de complications opératoires évidentes ?

4° Dans l'intervalle des tractions le lacs usuel, faisant corde au fond de la rigole de l'aine, maintient la strangulation des

tissus, ce qui *contribue* à produire des accidents, des lésions (paralysie, sphacèle) par arrêt continu de la circulation artérielle et de l'influx nerveux.

5° Quand l'opérateur rapproche le lacs de la cuisse maternelle *non correspondante* au sacrum du fœtus, l'un des chefs du lacs glisse en contournant la fesse de bas en haut et remonte le long du fémur. De là la fracture de ce dernier.

A côté de ces nombreux inconvénients et de ces dangers, le lacs usuel n'offre *qu'une seule* qualité, excellente, incomparable. En effet, étant étoffe, substance molle, il pénètre au fond du pli de l'aîne et se moule sur les irrégularités de cette région, sur laquelle il porte une action aussi douce qu'on peut le désirer.

Mais, malheureusement pour le lacs usuel, cet avantage incontestable est au nombre de ceux que présente notre instrument, car le lacs fait partie du tracteur. Ainsi donc, l'opérateur qui se sert de ce dernier instrument n'a rien à envier au lacs usuel, et il peut de plus se conformer au principe de l'emploi des forces multiples dont il a été question dans la séance de février de la Société obstétricale.

*Avantages du tracteur. Il n'offre aucun des inconvénients ni des dangers du lacs.* — Le tracteur du siège est un triple instrument. Il est en même temps lacs, porte-lacs et crochet. Et il réunit, en un tout, les avantages de chacun de ces instruments, tout en écartant *radicalement* leurs inconvénients opératoires et leurs dangers. Deux doigts suffisent pour le guider sur l'aîne, et on l'applique d'emblée *en un seul temps* pour commencer de suite les tractions. Voilà pour l'extrême simplicité de son application.

Au repos, le tracteur ne maintient pas la strangulation des tissus, car à la fin de chaque traction l'opérateur fixe un instant le manche et refoule un peu l'instrument vers le haut. Cette petite manœuvre éloigne le lacs du fond du pli de l'aîne et en libère les tissus comprimés.

De plus, nous avons montré que le glissement du lacs et par suite la fracture du fémur sont absolument impossibles avec le tracteur du siège, même si l'on ne tire pas dans la bonne direction. N'est-ce pas encore là un avantage considérable ?

Nous espérons que l'on ne nous accusera pas de complaisance pour notre instrument dont la supériorité sur le lacs usuel semble être, par ce troisième et modeste travail, suffisamment établie. Nous le croyons du moins.

**M. CHARPENTIER : Vomissements incoercibles de la grossesse. — Avortement provoqué au 3<sup>e</sup> mois. — Guérison.**

Parmi les maladies de la grossesse, les vomissements incoercibles sont une des plus graves qui puissent atteindre la femme enceinte, et qui exigent de la part de l'accoucheur le plus d'attention et de décision. Il y a quelques mois, à la Société obstétricale de France, MM. Fochier et Marduel communiquaient un cas fort curieux qui, après avoir semblé devoir se terminer par la guérison, avait fini par emporter la malade. M. Gaulard, de Lille, faisait suivre cette communication de quelques réflexions aussi pratiques que sages, et moi-même, à ce propos, je disais quelques mots d'une malade que je venais de voir en consultation avec MM. les docteurs Aaron, de Sedan, et Vautier, de Raucourt, chez laquelle la guérison n'avait pu être obtenue que par l'interruption de la grossesse.

M. Aaron a bien voulu me rédiger en détails cette observation qui est des plus intéressantes, et m'a demandé de vouloir bien en faire part à la Société.

Je m'acquitte avec d'autant plus de plaisir de cette tâche que j'en profiterai pour faire suivre la lecture de cette observation de quelques réflexions qui, je l'espère, ne vous paraîtront pas déplacées, et qui pourront donner lieu à une discussion qui ne peut manquer d'intérêt.

Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans, secondipare, d'une belle et bonne santé habituelles, et dont la 1<sup>re</sup> grossesse et le dernier accouchement, qui remontent à 3 ans, s'étaient passés de la façon la plus régulière et la plus normale.

Elle devient enceinte pour la 2<sup>e</sup> fois, du 20 au 30 décembre 1894, et dès le début de la grossesse, on voit apparaître des troubles sérieux du côté de l'estomac, caractérisés par des douleurs,



des crampes, des nausées et des vomissements, qui ne tardent pas à prendre une intensité exceptionnelle, et résistent à toute espèce de traitement.

En vain M. le Dr Vautier, de Raucourt, qui donne ses soins à la malade, emploie successivement l'eau de Vichy, la glace, la potion de Rivière, la cocaïne, l'éther, le lavage de l'estomac, les vomissements vont toujours augmentant d'intensité, résistant à tous les traitements, rendant l'alimentation par la bouche absolument impossible, prenant, en un mot, franchement le caractère de vomissements incoercibles, et amenant un état de dépérissement et d'affaiblissement qui se traduit en 3 mois par une perte de poids de 20 kilogrammes.

Appelé en consultation par son confrère de Raucourt le 31 mars, M. le Dr Aaron trouve la malade dans un état de prostration extrême, se plaignant de bourdonnements d'oreilles continues, de troubles de la vue, d'obnubilation. Les mouvements dans le lit, que la malade ne peut quitter depuis 5 à 6 jours, sont accompagnés de syncopes qui laissent après elles un état d'affaiblissement et de prostration dont on a peine à tirer la malade.

La mémoire est à peu près abolie, et c'est à peine si la malade répond aux questions qu'on lui pose. Elle est dans un état de demi-somnolence et reste inerte dans son lit, pour passer ensuite brusquement à un état d'agitation, caractérisé par des mouvements désordonnés, pendant lesquels la malade se jette au cou des personnes qui l'entourent, pleure, se désespère, pour retomber ensuite dans sa prostration primitive. M. Aaron, remontant aux antécédents, s'assure que depuis un an la malade est sujette à des crises hystériformes, et à un état d'excitation nerveuse dont le mari et les personnes qui l'entourent ont depuis ce moment constaté l'existence.

La langue est humide, la température reste à peu près normale, mais le pouls est à 120 ; il est régulier, et il n'y a rien d'appréciable au cœur.

L'urine, relativement abondante, ne présente que quelques traces d'albumine. Pas de sucre.

Le ventre est douloureux surtout dans la région hépatique et épigastrique, et la moindre pression réveille des douleurs intolérables.

Les vomissements sont, suivant leur fréquence et leur abon-

dance, tantôt composés de mucosités glaireuses et filantes, tantôt de bile plus ou moins pure. Pas de sang.

Au toucher le col est légèrement entr'ouvert et il y a une antéflexion utérine très notable, que M. Aaron réduit facilement avec le doigt.

Orifice interne fermé et dur.

Le corps de l'utérus présente un développement qui correspond bien à l'âge supposé de la grossesse, environ 3 mois.

L'état comateux de la malade, et les phénomènes cérébraux sont combattus par des inhalations d'oxygène, le champagne frappé, les injections hypodermiques de caféine, et la malade est alimentée à l'aide de lavements nutritifs.

Devant l'intensité de ces accidents, mes confrères pensent à la nécessité de provoquer l'avortement, et la famille me demande de me joindre à eux pour décider et au besoin pratiquer cette opération.

J'arrive à 1 heure du matin et je trouve mes deux confrères qui me mettent au courant de tous les phénomènes éprouvés par la malade, qui depuis la veille semble avoir une légère détente.

Ce qui me frappe en voyant la malade, c'est son aspect, qui n'est pas celui d'une femme épuisée par des vomissements incoercibles.

Elle est certainement émaciée, mais pas au point où le sont les malades arrivées à la période grave des vomissements incoercibles.

La peau est bonne, plutôt moite que sèche, la température à 37°2, le pouls à 108, il est vrai, mais il est fort, ne fuit pas sous le doigt, la langue est humide, à peine recouverte d'un léger enduit saburral; et, au lieu de la prostration dans laquelle je m'attendais à trouver la malade, je trouve une agitation extrême, des cris, des pleurs, entrecoupés de plaintes, en un mot, je trouve une malade chez laquelle tous les phénomènes névropathiques trahissent un état d'hystérie bien accusée et non un état cérébral ou méningitique.

La parole est brève, saccadée, elle répond avec lucidité à mes questions, mais avec une impatience marquée, se jette à droite et à gauche de son lit et je trouve sur le corps, sur la poitrine, les membres supérieurs et inférieurs, des zones très nettes d'hyperesthésie et d'algésie.

Le foie est à peine sensible, la région épigastrique très douloureuse au contraire. Le ventre est ballonné, distendu par des gaz. Le dernier vomissement, qui date de quelques heures, est composé de bile presque pure et notablement abondante, différant ainsi de ces vomiturations spéciales qui sont pour ainsi dire caractéristiques des vomissements incoercibles arrivés à la période extrême de gravité.

L'utérus remonte à 2 ou 3 travers de doigt au-dessus du pubis et est dur et tendu comme en état de contraction permanente.

*Au toucher.* — L'orifice externe est béant, souple, non ulcéré, le doigt le franchit facilement et arrive sur l'orifice interne, qui, lui, au contraire, est fermé, dur. Il faut une pression assez énergique pour qu'il se laisse pénétrer par la pulpe de l'index. Le corps de l'organe est développé normalement comme à 3 mois de grossesse, en légère antéflexion sur le col, mais il est dur, sensible au toucher et correspond bien comme sensation à celle que donne le palper abdominal.

Rien au cœur. Rien aux poumons.

Considérant l'état nettement hystérique de la malade, l'absence de fièvre, la non-élévation de la température, et l'état relativement peu prononcé de dépérissement de la malade, je déclare qu'il n'y a pas lieu pour le moment de provoquer l'avortement, et je propose d'instituer le traitement suivant qui est accepté par mes confrères.

Suspendre tout traitement excitant : champagne, caféine, etc. Faire prendre à la malade tous les jours en 3 fois et par la voie rectale de 8 à 10 grammes de bromure de potassium et cesser toute espèce d'ingestion par l'estomac (potions, boissons, aliments), pendant 48 heures pour laisser à l'estomac si possible un repos absolu.

Au bout de ce temps, tâter la malade par du lait ou du bouillon donné par cuillerées à café, soit froid, soit au contraire aussi chaud que possible, suivant la répugnance de la malade, et si ce mode de traitement réussit, augmenter progressivement, mais très lentement, l'alimentation.

Faire peser très régulièrement la malade tous les jours, et si ce traitement échoue, si la déperdition de poids arrive au bout de 8 ou 10 jours à être régulièrement de 500 grammes par jour, ne pas hésiter et provoquer l'avortement.

Ce traitement est appliqué ponctuellement par mes deux confrères aidés du mari, homme très intelligent qui ne quitte sa femme ni jour ni nuit.

Au bout de 36 heures de ce traitement, la malade tombe dans une prostration extrême, et c'est tout au plus si en 48 heures elle a pu prendre de 120 à 150 grammes de liquide. Les vomissements qui ont cessé pendant ce temps reparaissent plus intenses que jamais, les forces diminuent ; à l'agitation de la malade succède un abattement profond dont on a peine à la tirer. Aussi MM. Vautier et Aaron diminuent-ils de moitié la dose de bromure de potassium et se bornent-ils à en donner 4 grammes en 2 doses administrées matin et soir.

Il n'y a toujours pas de fièvre, ni d'élévation de température, mais la langue a de la tendance à devenir sèche. Le pouls oscille de 124 à 132 pulsations et les phénomènes cérébraux persistent.

La provocation de l'avortement s'impose de plus en plus et pourtant mes confrères attendent encore, et ce n'est qu'au bout de 7 jours, le 7 avril, qu'ils se décident à intervenir.

La malade, pesée le lendemain de ma visite, a perdu en 7 jours 4 kilos de son poids, et le dépérissement commence à devenir très sérieux, étant donnée l'impossibilité complète d'alimenter la malade.

Le 7 avril, à 8 heures du matin, M. le Dr Aaron introduit dans la cavité utérine une bougie conique en gomme élastique de 6 millimètres de diamètre, et la pousse dans l'intérieur de cette cavité jusqu'à ce qu'elle ait disparu entièrement au-dessus de l'orifice interne (inutile de dire qu'une antisepsie rigoureuse a été pratiquée).

Dans la journée, il se produit un léger suintement sanguin, mais *pas de contraction utérine*. Pas de vomissements. Mais l'alimentation est insignifiante.

Mes confrères sont revenus au champagne frappé, à la caféine et aux inhalations d'oxygène.

Le 8 avril, sans retirer la première bougie qui reste perdue dans la cavité utérine, on introduit une deuxième bougie, celle-ci de 8 millimètres de diamètre.

Léger écoulement sanguin. *Pas de contractions.*

Le 9 avril au matin, introduction du ballon de Champetier de Ribes. Il se produit encore un léger écoulement sanguin avec

issue de quelques débris de muqueuse utérine, *mais pas la moindre contraction utérine*. L'utérus reste absolument inerte, seuls les orifices se sont ouverts sous l'influence des manœuvres répétées.

Le 10. En présence de cette passivité absolue de l'utérus et de la nécessité de plus en plus urgente de provoquer l'avortement, M. le Dr Aaron fait la dilatation artificielle du col en y introduisant successivement toute la série des bougies de Hégar et fait suivre cette dilatation d'une injection d'eau bouillie à 40° dans la cavité utérine.

Sous l'influence de ce traitement qui provoque une douleur très vive dans le ventre, il se produit quelques coliques qui durent environ 1/4 d'heure. Elles sont suivies d'un tympanisme assez prononcé qui persiste une douzaine d'heures, *mais il n'y a pas de contractions utérines franches*. Toujours léger écoulement sanguin et expulsion avec l'injection et après de débris assez considérables de la muqueuse utérine. Pas de travail.

M. le Dr Aaron me télégraphie alors pour me demander de nouveau conseil et je l'engage à faire avec l'hystéromètre de Richet garni de nitrate d'argent solide, une cautérisation énergique de la cavité utérine. M. Aaron pratique cette manœuvre le 11 avril au matin. Elle est suivie presque immédiatement de contractions très violentes et très douloureuses, mais qui se calment rapidement et l'utérus retombe dans son inertie.

A 5 heures du soir, M. Aaron revoit la malade et constate l'absence complète du travail. Le col est souple, les deux orifices se sont reconstitués, l'œuf n'est pas engagé dans ce col, et rien ne semble annoncer la terminaison de l'avortement.

D'un autre côté, la malade s'affaiblit de plus en plus, son état général s'aggrave, le pouls est toujours accéléré et la température s'élève lentement.

Décidé à en finir, M. Aron fait placer la malade dans la position obstétricale, fait pratiquer l'anesthésie chloroformique par son confrère le Dr Vautier et, après désinfection soigneuse des organes génitaux externes et du vagin, complète avec la main la dilatation du col. Nous sommes au 12 avril et la première tentative date du 7 avril, il y a donc déjà cinq jours de perdus.

Pénétrant alors, non sans difficulté, avec l'index dans la cavité utérine, il perçoit, un peu au-dessus de l'orifice interne du

col et du côté droit, l'œuf qui est intact, et dans lequel il constate la présence de l'embryon. Le placenta est inséré à gauche, près de la corne utérine. A l'aide de l'index, introduit lentement et progressivement, il décolle le placenta dans lequel il sent ses doigts pénétrer peu à peu. Ecoulement très léger de sang.

La malade étant très fatiguée, il ne pousse pas plus loin ses tentatives, comptant sur l'expulsion spontanée de l'œuf pendant la nuit.

Il n'en est rien ; il ne se *produit aucune contraction utérine* ; seuls les orifices se sont modifiés, mais dans un sens défavorable, car ils sont revenus sur eux-mêmes et le col s'est pour ainsi dire encore une fois reconstitué.

On décide alors de tenter l'extraction artificielle de l'œuf et le 13 avril, à 8 h. du matin, la malade étant de nouveau soumise à l'anesthésie chloroformique, M. Aaron procède de la façon suivante :

La main droite est introduite tout entière dans le vagin et après des efforts lents et pénibles, mais sans aucune espèce de violence, M. Aaron arrive à introduire l'index et le médius dans la cavité utérine en se dirigeant vers le côté droit de l'utérus. Le col se dilate ainsi lentement, et notre confrère parvient à saisir un pied à travers les membranes. Mais ce pied glisse et ce n'est qu'après plusieurs tentatives qu'il parvient à le maintenir assez solidement pour lui faire franchir le col et l'amener dans le vagin sans rompre les membranes. Peu à peu l'œuf descend, le sac fœtal devient apparent, et très saillant. Il est intact. Ces manœuvres avaient duré à peu près 20 minutes.

A ce moment la malade fait un mouvement brusque, la poche amniotique se rompt, et il s'écoule environ 300 grammes de liquide. La matrice restait toujours inerte, on continue les tractions très prudentes sur le pied que M. Aaron n'a pas lâché. Le second pied apparaît à son tour, et l'on cesse définitivement les tractions, abandonnant à la nature le reste de l'expulsion du fœtus en l'absence de toute hémorrhagie et de tout incident venant compliquer la situation. Ce n'est qu'au bout de 2 heures 1/2 que le reste de l'embryon est expulsé, glissant pour ainsi dire de lui-même, *car les véritables contractions utérines font toujours défaut.*

Aussitôt après, l'utérus revient sur lui-même. Pas d'hémorrhagie. Le col reste souple et béant.

De légères pressions, un massage sur le fond de l'organe pratiquées pendant 20 à 25 minutes, finissent par amener une contraction vraie de l'utérus, et le placenta et les membranes sont expulsées en entier.

L'utérus se rétracte alors vigoureusement. Pas d'hémorrhagie. Injection vaginale avec le sublimé à 1 pour 2000.

Les vomissements n'ont cédé qu'au bout de 48 heures, ce qui pour notre confrère doit être mis en grande partie au compte du chloroforme. Ce n'est qu'au bout de ce temps que l'alimentation a dû être reprise, d'abord très légère, la malade accusant des spasmes et des étouffements dès l'ingurgitation de quelques gouttes de liquide et 8 jours après l'alimentation se composait encore d'un litre de lait, de 4 à 6 œufs, de jus de viande, de purées. Ce n'est qu'au bout de ce temps que l'estomac supporte franchement l'alimentation ordinaire.

Grâce à une antiseptie rigoureuse, les suites de couches ont été absolument normales ; lochies sanguinolentes assez abondantes, jamais fétides. Pas de frisson, de fièvre. Aucune manifestation du côté des seins. Seuls les phénomènes nerveux persistent encore dix jours après l'avortement.

Ils consistent en petites crises convulsives avec grimaces de la face, quelques mouvements inconscients des bras et des jambes, puis les crises augmentent de nombre et d'intensité, véritables crises hystériques qui persistent malgré l'administration journalière de 3 grammes de bromure de potassium en lavement.

Enfin à ces crises viennent s'ajouter des troubles de la motilité du côté des membres inférieur et supérieur, parésie musculaire incontestablement plus marquée à gauche qu'à droite. Les courants électriques ne provoquent aucune contraction musculaire. Les troubles de la sensibilité sont caractérisés par une hyperesthésie à peu près générale. Les muqueuses elles-mêmes sont hyperesthésiées.

Injectons hypodermiques de sérum artificiel. Glycéro-phosphates, sirop d'hémoglobine, hydrothérapie, ne donnent que peu de résultats, et les crises devenant plus intenses, la nuit surtout, on a enfin recours aux piqûres de morphine.

Celles-ci commencent par rendre à la malade un peu de repos,

puis bientôt les accidents s'amendent sensiblement, et en peu de jours l'amélioration est incontestable.

L'état général est en progrès sensible, l'alimentation est régulière, les forces reviennent, et on constate une légère augmentation de poids à la pesée.

Au bout de 6 semaines, la malade est en voie de guérison complète sans que l'on puisse pourtant fixer une limite à cette guérison, car les accidents hystériformes persistent encore, quoique très atténués.

Telle est, messieurs, cette observation qui me paraît intéressante à plusieurs points de vue :

1° La nature nettement hystérique des vomissements, et des accidents nerveux, qui auraient dû au premier abord en imposer pour de véritables accidents cérébraux. Cette prostration de la malade, cette incohérence des mouvements, ces troubles de la vue, ces hallucinations, ces demi-paralysies, cet état en apparence fort grave au point de vue cérébral, contrastant avec cette accélération du pouls, et cette absence d'élévation de température sont des faits importants à signaler, et montrent d'un autre côté combien l'hystérie peut à elle seule déterminer d'accidents graves.

La dépression, l'amaigrissement de la malade et l'intensité des vomissements, leur caractère absolu d'incoercibilité compromettaient gravement sa vie, et ont en somme forcé l'accoucheur à provoquer l'avortement.

C'est un exemple de plus que les vomissements dits incoercibles de la grossesse ne sont pas toujours sous la dépendance absolue de la grossesse, et que celle-ci, tout en jouant dans la pathogénie des vomissements incoercibles un rôle important, n'en est cependant pas le facteur capital.

Signalés déjà par Guéniot dans sa thèse inaugurale, ces faits se sont multipliés depuis, et dans un petit mémoire publié par moi en 1885 dans les *Archives de Tocologie*, j'avais de nouveau appelé l'attention des observateurs sur ce point important de la pathologie de la grossesse.

Une observation que je devais à l'obligeance de Doléris et que je vais vous résumer brièvement en était un fort bel exemple.



« Il s'agissait d'une jeune femme qui pour la seconde fois était prise de vomissements incoercibles. Dès sa première grossesse Mme X. n'avait cessé de vomir au point que dès le 3<sup>e</sup> mois, la santé générale commençant à s'altérer sérieusement, il fallut essayer de la plupart des médicaments recommandés en pareil cas. Toutes les tentatives thérapeutiques échouèrent successivement et ce n'est que grâce aux injections hypodermiques de morphine augmentées presque quotidiennement de doses, que l'on put arriver à conduire la malade presque jusqu'au terme de la grossesse. Les doses s'élevèrent ainsi jusqu'à 6 et 8 centigrammes par 24 heures. L'enfant naquit spontanément un peu avant terme et vivant.

Redevenue enceinte pour la 2<sup>e</sup> fois, la malade était arrivée à peu près au 5<sup>e</sup> mois de sa grossesse quand elle fut soumise à l'observation de M. Doléris. Comme la première fois les vomissements, modérés d'abord, étaient devenus incessants. Dès que ce caractère de gravité avait apparu, la malade avait réclamé impérieusement l'usage de la morphine et plus tard elle demandait avec instance l'avortement provoqué.

Entrée à la clinique d'accouchement, elle fut examinée dès son arrivée, et l'on constata facilement que l'on avait affaire à une hystérique très caractérisée.

Le facies est un peu mobile, car la malade est encore sous l'influence d'une injection récente de morphine qu'il a fallu pratiquer pour lui faire supporter le voyage en voiture de chez elle à l'hôpital. L'expression est craintive, le regard fuyant, et la physionomie, très mobile, passe d'un instant à l'autre du sourire à la tristesse.

Mal réglée d'habitude, souffrant beaucoup au moment des époques, elle avait des crises fréquentes d'étouffements qui se déterminaient par des larmes abondantes. Boule hystérique. Douleurs fréquentes dans les régions ovariennes, attaque de nerfs, rien n'y manque. Fait surtout remarquable : la susceptibilité gastrique a toujours été prédominante. Les vomissements apparaissaient au moindre trouble comme le phénomène le plus habituel.

Les vomissements se reproduisant et la malade n'ayant réussi à conserver aucun aliment, M. Doléris eut l'idée de substituer à l'injection de morphine une injection hypodermique d'eau

pure. On prépara une bouteille étiquetée pour mieux tromper la malade et on fit ainsi à la malade 2 ou 3 piqûres par jour en diminuant peu à peu la dose.

Cette supercherie eut le meilleur résultat, et au bout de trois jours Mme X. ne vomissait plus et demandait à s'en aller. Elle paraissait toute heureuse du résultat, qu'elle attribuait d'ailleurs à ce qu'on lui avait maintenu une certaine dose de morphine, ce qui pour elle au fond était le triomphe de la médication et de son entêtement.

Le 5<sup>e</sup> jour après son entrée elle sortit. Les vomissements ne s'étaient pas reproduits, on avait pu se dispenser de pratiquer l'injection. La malade déclarait spontanément que maintenant elle pouvait s'en passer.

Le succès dans ce cas a tenu tout à la fois à l'influence morale exercée sur la constitution névropathique de Mme X. par le milieu étranger qu'elle a dû subir ; à l'ascendant que des médecins moins familiers ont pris sur son esprit et en même temps au changement de régime. En somme, ces causes réunies ont constitué pour elle un élément perturbateur dont l'effet heureux est très explicable chez une hystérique habituée à voir tout céder à ses moindres caprices et à exercer une véritable tyrannie sur son entourage.

Cette observation peut d'autre part fournir un fait de plus en faveur de l'idée que le gravidisme n'est qu'un élément accessoire dans la production des vomissements incoercibles, et n'agit qu'en créant un nouveau centre d'excitation dans la zone génitale. La malade était sujette aux vomissements répétés, et comme pour beaucoup d'hystériques, cet accident se produisait souvent sans cause appréciable, le spasme gastro-diaphragmatique équivalant à une manifestation quelconque de la névrose.

2<sup>e</sup> Le 2<sup>e</sup> point remarquable dans l'observation de M. Aaron est la difficulté que l'on a eu à provoquer l'avortement et l'impossibilité de mettre en jeu la contractilité utérine, malgré la variété des moyens employés.

S'il est un grand nombre de femmes chez lesquelles les fausses couches, les avortements se font spontanément, pour la moindre cause, souvent même sans que l'on puisse véritablement savoir à quoi attribuer cette interruption de la grossesse,

il en est d'autres chez lesquelles les traumatismes, même les plus graves, ne suffisent pas à déterminer ces avortements, il me suffira de vous rappeler les faits d'ovariotomie, d'ablation de tumeurs fibreuses pratiquées avec succès au cours de la grossesse et sans que cette grossesse en subisse la moindre atteinte. Mais il est rare de trouver un exemple aussi frappant de cette résistance de l'utérus que dans l'observation de M. Aaron.

Sondes introduites dans l'utérus et laissées à demeure, injections d'eau chaude pour pratiquer le décollement des membranes, ballon de Champetier de Ribes, cautérisation énergique de la cavité utérine avec le nitrate d'argent solide. Décollement artificiel du placenta avec le doigt, rien n'y fait, tout échoue, et l'utérus reste inerte, malgré toutes ces excitations si diverses et si énergiques. Depuis le 7 avril jusqu'au 13 avril, c'est-à-dire pendant 6 jours entiers, l'utérus se refuse à toute réaction, et il faut, pour arriver à extraire l'œuf, recourir à une sorte d'accouchement forcé. Encore cet œuf sort-il pour ainsi dire par son propre poids, et sans qu'il y ait en réalité de contraction utérine.

Comment expliquer cette inertie absolue de l'utérus, à quoi l'attribuer ? J'avoue ici mon impuissance ; ce que je puis constater une fois de plus, c'est que si dans certains cas d'accouchement prématuré il est quelquefois assez difficile d'obtenir la mise en jeu de la contractilité utérine, cela est bien plus difficile encore lorsqu'il s'agit d'un avortement provoqué, je dirais presque d'un avortement provoqué pour vomissements incoercibles.

Voilà de malheureuses femmes épuisées par ces vomissements incessants, arrivées au dernier degré d'émaciation et de dénutrition ; elles sont presque mourantes, et non seulement chez elles la grossesse persiste, mais quand on veut l'interrompre, cela présente quelquefois de sérieuses difficultés.

Est-ce parce que la fibre utérine participant dans ce cas à la faiblesse générale, n'a plus pour ainsi dire la force de se contracter ? Est-ce parce que le système nerveux se trouvant profondément touché n'est plus en état de transmettre à l'utérus une force excito-motrice suffisante pour le mettre en état d'action ? Je l'ignore. Mais le fait est là et il est incontestable.

Un mot maintenant sur le procédé opératoire. Il peut vous paraître étrange que moi, qui suis un des convaincus des bénéfices que l'on peut retirer du curettage utérin, qui l'un des premiers l'ai employé dans l'utérus puerpéral, je ne l'aie pas conseillé à M. le Dr Aaron lorsqu'il avait bien voulu me demander mon avis. C'est qu'il s'agissait dans ce cas d'une grossesse de 3 mois et non d'une grossesse de 6 semaines à 2 mois, il s'agissait non plus d'un avortement embryonnaire, mais d'un véritable avortement fœtal.

Or, il y a là, selon moi, une distinction importante à faire.

Jusqu'à 6 semaines, 2 mois, les éléments constitutifs de l'œuf sont peu résistants, implantés peu solidement dans la muqueuse utérine, et la curette tranchante est souveraine. Le curettage utérin est le procédé de choix. Il permet de faire l'avortement extemporané. Quelques minutes suffisent à débarrasser la cavité utérine de son contenu. On est, en un mot, absolument maître de la situation.

Il n'en est plus de même à partir du 3<sup>e</sup> mois de la grossesse. Le placenta est alors constitué d'une façon définitive. Les éléments sont devenus plus solides, plus résistants. Les membranes sont appliquées sur toute l'étendue de la cavité utérine, et on s'expose, en voulant employer la curette, à laisser dans l'organe des débris qui malgré toutes les précautions peuvent devenir le point de départ d'une infection grave, qui peut entraîner des conséquences fort sérieuses au point de vue de la santé et de la vie de la femme.

Il faut donc que ce soit la nature qui fasse les frais de l'expulsion de l'œuf. Notre rôle doit se borner à mettre en jeu la contractilité utérine, qui amènera le décollement de l'œuf et son expulsion définitive. De là l'emploi des sondes, des ballons dilatateurs, des injections intra-utérines, etc..

Le plus ordinairement au bout de 24 à 36 heures ces moyens conduisent au but. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et dans quelques cas, exceptionnels il est vrai, mais dans quelques cas ils échouent, et alors force est bien de recourir à l'extraction artificielle.

C'est ce qui a eu lieu chez la malade de M. Aaron, où pendant 7 jours l'utérus a résisté aux excitations les plus énergiques:

Heureusement, ce retard apporté à l'expulsion, ou mieux à l'extraction de l'œuf, n'a pas été préjudiciable à la malade, qui a guéri, mais dont la guérison tient en grande partie, je le crois, à ce que ses vomissements étaient de nature plus hystérique que gravidique.

Assurément, la santé de la malade était profondément altérée quand je l'ai vue ; mais malgré l'intensité des vomissements et la gravité apparente de son état, cet état n'était pas en réalité aussi grave qu'il le paraissait. L'amaigrissement n'était pas encore aussi prononcé qu'il l'est devenu plus tard, le pouls était fréquent, il est vrai, mais la température restait normale, et l'on pouvait espérer, étant donné la nature essentiellement hystérique des accidents, les voir disparaître sous l'influence d'une médication dirigée contre l'état nerveux.

Il n'en a rien été et il a fallu 7 jours après ma visite en arriver à une intervention opératoire qui était alors aussi justifiée qu'elle l'eût été peu auparavant.

Enfin, messieurs, ce fait porte encore avec lui un autre enseignement. C'est que, comme l'a dit très justement M. le professeur Gaulard au Congrès obstétrical de France il y a quelques mois, nous n'en sommes plus aux indications posées par Paul Dubois, et que Guéniot a si bien résumées dans sa Thèse d'agrégation en 1863.

Divisant les vomissements incoercibles en trois périodes bien nettes :

1<sup>re</sup> période dans laquelle les vomissements prennent peu à peu le caractère d'incoercibilité ;

2<sup>e</sup> période, — période de dépérissement avec fièvre continue d'élévation progressive de la température ;

3<sup>e</sup> période, — période avec manifestation des accidents cérébraux.

Paul Dubois posait ainsi les indications de l'avortement provoqué.

« C'est dans la 2<sup>e</sup> période que l'avortement peut être provoqué ; dans cette période que caractérisent :

1<sup>o</sup> Des vomissements presque incessants par lesquels toutes les substances alimentaires, quelquefois même la moindre quantité d'eau pure, sont infailliblement rejetés.

2° Un amaigrissement et une faiblesse qui condamnent la malade au repos le plus absolu ;

3° Des syncopes qui résultent des moindres mouvements ou de l'émotion la plus légère ;

4° Une altération profonde des traits ;

5° Une réaction fébrile forte et continue ;

6° Une acidité excessive de l'haleine ; enfin, l'insuccès de toutes les médications qui ont été essayées.

Mais dans cette période même, dont la durée est variable, et pendant laquelle apparaissent les phénomènes divers que je viens de rappeler, il faut encore saisir le moment opportun. Ce moment me paraît arrivé lorsque l'impuissance des médications les mieux indiquées ayant été reconnue, on voit la fièvre persister au même degré et l'affaiblissement et la maigreur de la malade faire des progrès sensibles. »

Certes, l'état fébrile de la malade a une importance que je ne veux pas contester, et il doit entrer en ligne de compte sérieux ; mais comme l'a très bien fait observer M. le professeur Gaulard à la Société obstétricale de France, avril 1895, cet état fébrile peut faire défaut et dans quelques cas être remplacé par de l'hypothermie. Ce n'est donc pas dans cet élément seul qu'il faut chercher les indications de l'avortement.

Pour moi, et je suis heureux d'avoir l'approbation de mon collègue, c'est surtout dans l'état de dépérissement de la malade que je trouve mes indications, et ma règle de conduite aujourd'hui absolue et dont je n'ai qu'à me féliciter.

Je fais peser régulièrement et tous les jours ma malade. Tant qu'elle ne perd que 200 ou 300 grammes de son poids par jour, je m'abstiens et me borne au traitement médical ; mais quand cette déperdition de poids arrive à 500 grammes (quelquefois même elle dépasse ce poids) et que cette déperdition de 500 grammes se reproduit régulièrement pendant 8 ou 10 jours, je n'hésite pas et je provoque l'avortement. C'est d'après ces indications que M. Aaron a réglé sa conduite ; c'est, j'en suis convaincu, grâce à son intervention que sa malade a guéri et je ne puis, pour ma part, que le féliciter de la façon habile dont il a dirigé et conduit le traitement de sa malade.

**M. J. LARAT : Vomissements incoercibles de la grossesse traités par l'électrisation à courant continu.**

J'ai l'honneur de communiquer à la Société un cas de vomissements incoercibles de la grossesse que j'ai observé avec M. le Dr Maygrier et qui a été traité avec succès par l'électricité, sous forme de courants continus.

Voici cette observation, résumée, que je vous demande la permission de faire suivre de quelques réflexions à propos de ce traitement que avec la collaboration de mon ami le Dr Gautier nous croyons les premiers avoir employé d'une façon méthodique dans les vomissements de la grossesse, car il ne m'a pas été possible de trouver une seule observation publiée antérieurement aux nôtres.

*Vomissements incoercibles de la grossesse traités par l'électrisation.*

Mme W..., Agée de vingt ans, d'un tempérament nerveux, sans que la nervosité revête un caractère maladif, un peu anémique, s'est mariée le 17 janvier 1895.

Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 3 mars 1895.

Le 12 avril apparaissent les premiers malaises : Mme W. a quelques nausées ; ces nausées s'accroissent et deviennent continues le 13 avril. Toutefois, la nuit, la malade peut reposer sans malaise. Mais, dès ce moment, la répugnance vis-à-vis des aliments devient telle que la malade ne prend rien autre chose que de l'eau aromatisée avec un peu de menthe.

Le 14 avril, cette eau est vomie dès son ingestion, et, l'estomac vidé, les vomissements deviennent bilieux.

Le 15, Mme W... va faire une promenade à la campagne. Elle n'éprouve aucun malaise, mange, entre autres choses, du homard, boit du cidre et du champagne. Le tout est gardé.

Le 16, retour des nausées. Toutefois un peu de nourriture a été prise et gardée.

Le 18, débutent véritablement les vomissements incoercibles. A partir de ce jour les nausées sont constantes et s'accompagnent de vomissements fréquents.

Tout ce que la malade essaye de prendre, liquide, solide, chaud, froid, est immédiatement rendu, aussi bien la nuit que le jour

Du 18 avril au 30 mai, période pendant laquelle aucun aliment n'a pu être gardé, les médications employées ont été les suivantes.

22 avril. — Glace, tisane de feuilles d'oranger, perles d'éther. potion avec teinture d'iode, bromure de sodium et eau de laurier cerise, lavements alimentaires.

23. — Potion à la cocaïne, pilules d'extrait thébaïque, eau de Vichy.

Le 24. — Bicarbonate de soude et phosphate de chaux.

Le 29. — Craie lavée, bicarbonate de soude, magnésie.

Le 9 mai. — Teinture de noix vomique, eau de laurier cerise, cocaïne, vin de coca avec pepsine.

Le 18. — Potion de Rivière, lavement contenant du chloral, du bromure de sodium, de la teinture de musc et de valériane.

Le 20. — Emplâtre de ciguë au creux épigastrique, pilules d'extrait thébaïque, de cocaïne et de pepsine. On insiste sur les lavements alimentaires qu'on répète plus souvent.

Le 22 mai. — On essaye de nouveau la potion de Rivière, un vésicatoire est appliqué au creux épigastrique, pansé avec cocaïne et morphine. Cachets de benzo-naphtol.

27 mai. — Pastilles Houdé chloro-borâtées.

Le 30 mai. — Une amélioration. La malade se sent un peu d'appétit. Elle demande du lapin, un peu de fromage et garde le tout. Mais cette amélioration ne persiste pas et dès le surlendemain l'état redevient mauvais.

La malade a été soignée jusque-là par le Dr Mercier, son médecin. Le 11 juin, le Dr Wuillamier, son parent, est appelé en consultation par le Dr Lamblin, suppléant M. Mercier, malade.

Le Dr Wuillamier constate que la malade, vomissant absolument tout ce qu'elle ingurgite, solide ou liquide, est profondément amaigrie. Il y a abattement considérable, presque de la prostration. Pouls 120 pulsations à la minute. Pas d'élévation de la température. L'urine est rare et ne contient pas d'albumine.

M. Wuillamier, très inquiet, prie M. le docteur Maygrier de voir la malade en consultation avec lui.

Leur examen les conduit à formuler le traitement suivant :

I. Inhalations d'oxygène.

II. Pilules de valérianate de cérium.



III. Alimenter la malade avec le tube de Faucher.

IV. Continuer les lavements alimentaires.

V. Si aucun des moyens ci-dessus indiqués ne réussit à arrêter les vomissements dans les 48 heures, il y aura urgence à poser la question de l'avortement.

Ce traitement produit quelque soulagement : l'oxygène semble remonter la malade, qui reprend quelque vitalité, quelques couleurs.

Toutefois, le gavage a été impossible ; l'introduction de la sonde a provoqué une révolte de l'estomac telle que tout a été vomi séance tenante, même le tube. Les vomissements n'ont été modifiés en aucune sorte, ils ont été aussi fréquents et aussi immédiats.

Le 13 juin. — L'affaiblissement a fait du progrès, la malade, dans son lit, a eu deux lipothymies ; l'oxygène seul la ranime un peu.

Le 14. — Nouvelle consultation entre les D<sup>rs</sup> Maygrier, Wuillamier et Lancelin. En voici le texte :

« Les médecins soussignés, réunis en consultation, après examen de Mme W... atteinte de vomissements incoercibles au 3<sup>e</sup> mois de la grossesse, sont d'avis que si la situation ne s'améliore pas dans les 48 heures, il y a lieu d'interrompre la grossesse.

L'état de faiblesse et d'inanition dans lequel se trouve actuellement la malade, l'impossibilité où elle est de garder le moindre aliment donnent, en effet, lieu à des craintes sérieuses pour la vie.

La famille, consultée, déclare accepter l'intervention.

Toutefois, avant de recourir à l'avortement provoqué, M. Maygrier désire essayer comme dernière planche de salut l'électricité, et il me demande mon concours. Je vois la malade le 16 juin au matin.

Depuis le 15 au soir elle a été mise au régime exclusif du lait stérilisé et en a gardé un peu, sans le vomir, pris par cuillerées à café. Mais l'état nauséux est extrême. Le poulx de la malade bat 130 pulsations à la minute.

Je fais une première séance à 8 h. du matin. Courant continu de 15 à 16 milliampères. Pôle positif au cou sur le trajet du pneumogastrique droit, pôle négatif au creux épigastrique.

Au bout de cinq minutes d'électrisation, je fais prendre à Mme W... un demi-verre de lait, puis je reprends la séance pendant dix minutes. Ce demi-verre de lait, pour la première fois depuis le début de la maladie, est gardé. Deux heures après, néanmoins, il se produit un vomissement, mais qui n'équivaut comme masse qu'à une partie du lait ingéré.

2<sup>e</sup> séance, à une heure de l'après-midi. Nouvelle prise de lait (3/4 de verre) qui est gardé deux heures et demie sans être vomi ; un vomissement au bout de ce temps.

3<sup>e</sup> séance, à 6 heures. Le lait est encore gardé jusqu'à huit heures à laquelle se produit un vomissement.

En somme, *dans la journée du 16 juin*, où a été commencé le traitement électrique, il y a eu trois vomissements au lieu de douze à vingt qu'il y avait habituellement, et une partie du lait ingéré a été certainement digérée. Le soir, pouls 110.

Le 14. En présence de l'amélioration de la veille qui a persisté durant la nuit qui s'est passée sans vomir, je crois pouvoir, d'une part, espacer les séances, et, d'autre part, tenter une autre alimentation que le lait. Une séance est faite le matin à dix heures 1/2, au cours de laquelle je fais prendre un œuf, simplement réchauffé dans l'eau chaude, mais non cuit. Cet aliment répugne à la malade, qui, néanmoins, le prend avec docilité, mais le rejette au bout d'une heure environ, intact. Dans le cours de la seconde séance faite le soir, j'essaye de faire prendre du bouillon, qui produit le même résultat que l'œuf et est rendu au bout d'une heure. Mais, entre les séances d'électrisation, la malade a pu s'alimenter avec du lait qu'elle a pris, par demi-verres. La totalité de lait ingérée depuis le 16 au matin jusqu'au 17 au soir est de deux litres, et si les rares vomissements qui ont eu lieu et que nous avons signalés en ont expulsé quelque peu, une notable partie n'en a pas moins profité à la malade. Pouls le 16 au soir 112.

Le 17, je reviens à l'alimentation lactée exclusive et à trois séances d'électrisation journalière. La matinée se passe bien, sans vomir et en prenant trois quarts de litre de lait. Mais vers deux heures de l'après-midi un violent orage éclate dans Paris et, brusquement, la malade, presque débarrassée de son état nauséux, se sent très mal, elle se met de nouveau à vomir, d'abord le lait qu'elle prend, puis de la bile.

La séance du soir n'amène, dans cet état, qu'une amélioration peu marquée.

La malade est, en outre, un peu constipée et nous conseillons un lavement laxatif pour le lendemain.

Le 18. Durant toute la journée l'état de Mme W... est moins satisfaisant, si bien que nous concevons quelques doutes sur l'issue du traitement. Mais M. Maygrier, qui voit la malade le soir, conclut en disant qu'il y a une amélioration évidente, bien que ce ne soit pas encore la guérison. Il conseille de continuer énergiquement le traitement électrique. Pendant cette journée du 18 il a été fait trois séances d'électricité ; un litre et demi de lait a été ingéré, mais il y a eu en tout cinq vomissements, purement alimentaires et représentant une notable partie du lait ingéré. Pouls 120.

Le 19. L'amélioration se montre de nouveau. Trois séances d'électrisation à 8 h., à 11 h. et à 6 h. Un litre de lait pur est presque gardé en totalité ; il n'y a eu, en effet, que deux vomissements très peu abondants. Pouls 110.

20 juin. — De 6 heures, hier soir, au matin, huit heures, il a été pris trois quarts de litre de lait. Un vomissement à deux heures du matin, contenant un verre de lait. Pouls 120.

De 8 h. du matin à 6 h. il a été pris un litre et demi de lait, plus un petit potage au lait et à la semoule. Un vomissement a eu lieu à deux heures contenant un demi-verre. Mais l'état nauséux a disparu et la malade accuse un mieux-être général des plus marqués. Pouls 116. Trois électrisations comme la veille.

21 juin. — De 6 h. du soir jusqu'au matin 8 h., un demi-litre de lait a été pris. La malade a dormi pour la première fois sans être réveillée par les nausées depuis deux mois. Il y a un vomissement à 8 h., mais sans nausées. Pouls 116.

Dans le cours de la journée, Mme W. prend un litre et demi de lait et n'a aucun vomissement. Les nausées ont disparu. Il a été fait trois séances d'électrisation.

22 juin, 8 h. 1/2. — Aucun vomissement. Aucune nausée. Nuit excellente. Pouls 108. Il a été pris un verre de lait seulement durant la nuit, à cause du sommeil qui a été profond. L'état général est bien meilleur. La malade reprend même visiblement un peu d'embonpoint.

6 heures du soir. Aucune nausée dans la journée. Potage au lait à midi, puis un litre de lait. Une aile de poulet à 5 h.

Pour la première fois, la malade *accuse de la faim*. Elle a une garde-robe spontanée abondante, tandis que depuis le début des accidents, elle n'allait qu'au moyen de lavements. Deux séances d'électrisation dans cette journée du 22.

24 juin. — La malade mange du roastbeef, poulet, potages. Sommeil excellent. Pouls 108.

8 juillet. — Actuellement, plus de nausées, plus de vomissements. Mme W. mange de tout et le garde. Elle sort et reprend rapidement des forces. Pouls entre 80 et 90.

Le poids de la malade était de 120 livres *avant sa grossesse*. Il n'a été pris de nouveau, en raison de difficultés matérielles, que le 30 juin, alors qu'elle s'alimentait déjà depuis huit jours. Elle accusait alors 97 livres.

En résumé, il s'agit d'un cas, dans lequel le traitement électrique appliqué au moment où toutes les ressources thérapeutiques avaient échoué et où il ne restait plus qu'à provoquer l'avortement, a eu immédiatement un résultat favorable, et a amené la guérison complète en huit jours.

Messieurs, je m'occupe de la question depuis longtemps et naturellement, j'ai recherché dans la bibliographie des vomissements incoercibles de la grossesse, les cas où il pouvait être question d'électricité. M. Maygrier et moi avons abouti à des indications bibliographiques presque nulles, et à la conviction que, sauf les nôtres, il n'existe, dans la littérature médicale, aucune observation de vomissement incoercible de la grossesse traités par les courants continus. Erb, dans son traité d'Electrothérapie (page 613), dit : « Contre les vomissements nerveux tels qu'on les trouve chez les hystériques, dans la grossesse et pendant les couches, dans la migraine, etc., différents observateurs (Semmola, Lente, Popper) ont jugé que le courant électrique pouvait être utile. »

En éliminant les deux derniers qui ont utilisé la faradisation dont il n'est pas question ici, il reste Semmola. Ce dernier, avec lequel je me suis mis en correspondance à ce propos, accuse bien, dans sa réponse, un grand nombre de cas de

vomissements nerveux traités par lui depuis 1850, mais il ne parle pas des vomissements gravidiques.

M. Apostoli, parlant de l'électrisation galvanique contre les vomissements nerveux, ajoute bien : « J'ai étendu ce traitement aux vomissements de la grossesse des phtisiques », mais il ne cite aucune observation (Congrès de Copenhague, 1884) à l'appui de cette affirmation, et il ne m'a été possible d'en trouver trace dans aucun autre de ses écrits.

Popialkowski, en 1892, publie, dans un journal russe, un article sur l'électricité dans les cas qui nous occupent. Cet article étant en russe reste pour moi lettre morte.

Enfin, prochainement, une thèse sur les divers traitements employés dans les vomissements incoercibles de la grossesse, va être soutenue devant la Faculté de Paris par M. Bienfait, dans laquelle il est question du traitement électrique.

Il s'agit ici, bien entendu, exclusivement des courants continus. La faradisation a été utilisée nombre de fois avec des résultats divers : Duchenne, Lente, Popper, dernièrement notre distingué et savant confrère le Dr Bonnefin, l'ont conseillé. D'après ce que ma propre expérience m'a permis d'apprendre, je crois que c'est un moyen qui, bien qu'ayant donné de beaux succès entre les mains du Dr Bonnefin, est infidèle, et je n'hésite pas à donner la préférence aux courants continus. Voici comment j'ai été amené à ce traitement : En 1890, M. le professeur Péter, sur les conseils duquel j'avais traité et guéri avec une rapidité remarquable, d'après le procédé de Semmola, un cas de vomissements incoercibles des plus graves dû à une lésion des centres nerveux, me dit : Mais pourquoi n'essayeriez-vous pas ce traitement dans les vomissements de la grossesse et quelques jours plus tard il me confiait une de ses clientes atteinte de vomissements, non pas incoercibles, mais simplement fréquents et abondants. La guérison fut obtenue en quelques séances.

L'année suivante, je traitai avec le même succès la femme d'un de mes amis et confrères, exerçant actuellement dans une station thermale. Mon ami le Dr Gautier eut aussi simultanément occasion de traiter par le même moyen, avec M. le Dr Champetier de Ribes plusieurs cas de vomissements bien plus graves, la plupart incoercibles et, réunissant nos documents,

nous avons publié dernièrement un petit mémoire où nos faits sont relatés, au nombre de neuf. M. Champetier de Ribes a communiqué huit de ces cas dont il avait été témoin dans le cours de deux années à la Société médicale des hôpitaux en mars dernier.

Si j'ajoute aux neuf cas déjà publiés l'observation due à M. Maygrier et à moi, deux autres observations prises à l'hôpital Saint-Louis, où M. le Dr Bar m'a fait appeler tout récemment auprès de deux malades de son service et pour lesquelles l'électrisation a agi avec une rapidité remarquable, ainsi que M. Bar va probablement vous le dire et les deux observations non publiées qui me sont personnelles, j'obtiens un total de 14 cas guéris sur 14 cas traités.

Ai-je besoin de dire que, dans tous ces faits, le diagnostic ayant été porté par des accoucheurs des hôpitaux, ne saurait être mis en doute : il s'agit bien de vomissements incoercibles dans lesquels tout a échoué, sauf l'électrisation qui s'est montrée véritablement un traitement héroïque.

Comme il m'a été rapporté que le traitement électrique aurait amené quelques mécomptes, antérieurement à nos observations, je crois devoir insister sur la technique opératoire qui me paraît jouer un rôle prépondérant en vue de la réussite.

Le pôle positif, de la dimension d'une pièce de cinq francs, et constitué par une plaque d'étain recouverte d'amadou et de peau de chamois, est appliqué, au cou, sur le trajet des pneumogastriques, de préférence sur le pneumogastrique droit. Le pôle négatif, représenté par une plaque de même nature, mais de la dimension de la main, est appliqué au creux épigastrique.

**MM. BAR et BIENFAIT : Deux cas de vomissements graves de la grossesse traités par la galvanisation du pneumogastrique.**

Nous avons pu traiter par la galvanisation du pneumogastrique deux femmes atteintes de vomissements graves de la grossesse.

L'une de ces malades est entrée à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, le 3 juillet au soir.

Elle était enceinte pour la troisième fois. La première grossesse s'était poursuivie sans accidents. Pendant les trois premiers mois seulement, notre malade avait éprouvé des vomissements répétés, mais ne présentant aucun caractère de gravité.

La deuxième grossesse se termina par un avortement de 3 mois environ.

Elle est redevenue enceinte dans le courant d'avril 1895.

Vers le 20 mai, les vomissements jusqu'alors peu sérieux devinrent plus fréquents ; presque tous les aliments furent rendus. Le Dr Dufestel, voyant les vomissements s'accroître, prescrivit toutes les médications classiques : Potion de Rivière, révulsion au creux épigastrique, bains tièdes, cocaïne, bromure de potassium, inhalations d'oxygène, etc. Ayant constaté une rétroversion de l'utérus, il réduisit la déviation et plaça un anneau de Dumontpallier.

Les vomissements continuèrent de plus en plus fréquents ; l'état général de la malade devint grave et l'un de nous fut mandé en consultation le 26 juin.

Notre malade était enceinte de deux mois ; dès qu'elle buvait ou mangeait, elle vomissait des aliments et des matières glai-reuses.

Elle était fort maigre, la langue était sèche, mais l'état général n'était pas grave.

On réduisit de nouveau la rétroversion qui subsistait ; on prescrivit à la malade de la cocaïne, du valérianate de cérium.

Les vomissements continuèrent et la malade entra le 3 juillet à l'hôpital.

L'état général était médiocre, mais pas très grave. L'amaigrissement était sensible.

La malade nous dit s'être pesée dans les premiers jours d'avril, avant le début de la grossesse ; à ce moment son poids était de 70 kilogrammes.

Le jour de son entrée à l'hôpital, elle pesait seulement 50 kilogr. 700, sans vêtements.

Pendant vingt-quatre heures, aucun traitement spécial ne fut suivi ; la malade but du lait coupé avec de l'eau d'Alet, des grogs, etc..

Elle ne conserva aucun aliment.

On put constater que cette femme était nettement une **hystérique**. L'un de nous observa même une attaque.

Le 5 juillet on fit une galvanisation **stable** descendante du pneumogastrique droit.

L'intensité du courant était de 10 à 15 milliampères. La durée de la galvanisation fut de 10 minutes. Immédiatement après, la malade put boire 100 gr. de lait sans vomir.

La journée se passa sans vomissements, malgré l'ingestion à doses fractionnées de 100 grammes de lait.

Une deuxième séance d'électrisation eut lieu de 6 h. 45 à 7 heures et fut suivie de l'ingestion de 200 grammes de lait. Pas de vomissement, malgré l'ingestion de 300 grammes de lait pendant la nuit.

Le 6 juillet. — Trois séances d'électrisation d'un quart d'heure de durée sont faites de la même façon, la première suivant le pneumogastrique droit, les deux autres sur le pneumogastrique gauche. On fait ingérer 100 grammes de lait pendant la première de ces séances, et 200 grammes de lait pendant chacune des deux autres, sans qu'il y ait de vomissements. Dans l'intervalle la malade prend 200 grammes de lait par doses fractionnées.

Vers 7 heures, elle fait des efforts de vomissements, on électrise immédiatement le pneumogastrique droit. Au bout d'une minute, les efforts cessent et on continue la séance pendant 5 minutes.

Température vaginale, matin 37°, soir 37°4. Pouls matin 92, soir 100.

Pendant la nuit, 500 grammes de lait sont gardés.

7 juillet. — Dans la matinée, l'état nauséux était assez marqué, la malade éprouve une céphalalgie qu'elle attribue au bruit de la salle. Vers midi, vomissement peu abondant (1 cuillerée à bouche); on fait une séance d'électrisation d'un quart d'heure de durée successivement sur le pneumogastrique gauche pendant 5 minutes, puis sur le pneumogastrique droit pendant 10 minutes. Ingestion de 200 grammes de lait à la suite.

Vers 7 heures, efforts violents de vomissement n'aboutissant qu'au rejet de quelques crachats. Nouvelle séance faite dans les mêmes conditions que précédemment et suivie de l'ingestion de 200 grammes de lait.



Dans le courant de la journée, elle prend de plus à doses fractionnaires 1100 grammes de lait. Pas de vomissement.

A partir de ce moment, il n'y eut plus aucun vomissement. Pendant trois jours encore on continua à galvaniser le pneumogastrique deux fois par jour.

L'alimentation devint de plus en plus abondante, les forces revinrent rapidement et la malade quitta l'hôpital tout à fait guérie le 15 juillet.

Dans ce cas il ne s'agissait pas, à proprement parler, de vomissements incoercibles, car l'état général n'était pas, en somme, très grave quand la malade est entrée à l'hôpital. Mais les vomissements pouvaient être justement qualifiés de continus, de sérieux et ils n'eussent pas pu continuer pendant longtemps sans que l'état général de la malade fût devenu gravement atteint.

Le résultat de la galvanisation du pneumogastrique a donné ici un excellent résultat. Non seulement les vomissements ont cessé de suite, mais la malade a pu rapidement s'alimenter d'une façon suffisante.

A cet égard, l'examen des poids de la malade que nous avons relevés est fort instructif.

Le jour de son entrée à l'hôpital (4 juillet), notre femme pesait 50 kilogr. 700. Pendant 24 heures, elle ne supporte aucun aliment. Dans les journées du 5 et du 6 juillet, elle ne vomit plus, mais dans ces deux jours elle ne prit que 2.000 gr. environ de lait; le 7 au matin, le poids était de 48 kil. 300.

En 3 jours la malade avait donc perdu 1700 gr. Cet abaissement du poids nous montre combien l'état de la malade serait devenu vite grave, si les vomissements avaient persisté.

A partir du 7 juillet, non seulement les vomissements cessèrent, mais une alimentation très abondante fut bien supportée. Les poids s'élevèrent vite et quand la malade nous quitta elle pesait 52 kilogr. 500.

En une semaine son poids s'était donc accru de 4 kilogrammes 200.

Nous avons soigneusement relevé les quantités d'urine qui étaient émises chaque jour par notre malade. Le résultat des

analyses qui ont été journellement faites est consigné dans le tableau suivant :

UROLOGIE (rapportée à 24 h.).

|            | Urine    | Urée       | Chlorures | Ph. alc.  | Ph. Terr. |                             |
|------------|----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------------------------|
| 28 juin... | 470 cc.  | 7 gr. 52   | 0 gr. 58  | 0 gr. 630 | 0 gr. 329 | Pas d'albumine ni de sucre. |
| 4 juillet. | 520 cc.  | 10 gr. 22  |           |           |           |                             |
| 5 —        | 410 cc.  | 9 gr. 50   |           |           |           |                             |
| 6 —        | 440 cc.  | 8 gr. 10   |           |           |           | Pas de peptonurie.          |
| 7 —        | 290 cc.  | 5 gr. 79   | 1 gr. 48  | 0 gr. 53  | 0 gr. 038 |                             |
| 8 —        | 425 cc.  | 7 gr. 77   | 1 gr. 85  | 0 gr. 37  | 0 gr. 011 |                             |
| 9 —        | 495 cc.  | 7 gr. 50   |           |           |           |                             |
| 10 —       | 490 cc.  | 6 gr. 42   |           |           |           |                             |
| 11 —       | 640 cc.  | 7 gr. 25   |           |           |           |                             |
| 12 —       | 925 cc.  | 9 gr. 324  | 6 gr. 850 |           |           |                             |
| 13 —       | 950 cc.  | 8 gr. 967  | 6 gr. 084 |           |           |                             |
| 14 —       | 1000 cc. | 15 gr. 322 | 5 gr. 50  |           |           |                             |

On notera combien la quantité d'urine émise chaque jour a été faible pendant longtemps, l'hypoazoturie, la somme infime de chlorures excrétés.

Nous avons dit que notre malade était nettement hystérique, et peut-être l'hypoazoturie que nous avons vu exister chez elle, tient-elle autant à cette cause, qu'à une nutrition mauvaise.

Depuis longtemps, on a insisté sur le rôle important qu'il convenait de faire jouer à l'hystérie dans la genèse des vomissements graves ou incoercibles de la grossesse. Les périodes durant lesquelles les femmes vomissent ont pu être assimilées à ces périodes de mal hystérique pendant lesquelles les attaques convulsives se répètent avec grande fréquence.

On sait, d'autre part quelle importance MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau attachent à l'étude des phosphates des urines chez les hystériques. Ils ont montré que chez elles il y avait toujours, quand elles étaient en état de mal, qu'il y ait attaque convulsive ou non, inversion des phosphates. Les phosphates terreux, au lieu d'être dans ces urines en quantité trois fois moindre que les phosphates alcalins, pouvaient s'y trouver en quantité égale ou même supérieure. A ce point de vue, l'examen du tableau précédent est intéressant. Le rap-

port des phosphates terreux aux phosphates alcalins est absolument normal et il n'y a aucune tendance à l'inversion.

## II

Si, dans le cas précédent, il ne s'agissait que de vomissements graves survenus chez une hystérique, il n'en est pas de même du fait suivant dans lequel les vomissements pouvaient réellement être qualifiés d'incoercibles.

La patiente était une femme de 22 ans, enceinte pour la première fois et ayant eu ses règles pour la dernière fois du 15 au 20 avril 1895.

Dès le début de la grossesse, les vomissements se répétèrent fréquemment.

Jusqu'au 15 juin (deuxième mois de la grossesse) la malade conserva de l'appétit, mais à partir de ce moment, elle put à peine manger, tant l'état nauséux était grand. Tous les aliments ingérés étaient immédiatement vomis. L'amaigrissement s'accrut.

Le 24 juin, le Dr Moses vit la malade, constata une antéversion marquée de l'utérus. Il tamponna le vagin pour soulever cet organe et prescrivit, successivement, glace et éther sulfurique, laudanum de Sydenham, eaux alcalines (Vichy, Vals), purgatifs (Huile de ricin, sulfate de soude), potion à la cocaïne et à la morphine, eau chloroformée, teinture d'iode, lavements d'hydrate de chloral (4 gr.), lavements de bromure de potassium (4 gr.), applications de glace sur la région gastrique, applications de tampons belladonnés sur le col utérin, gouttes amères de Baumé, essais d'électricité.

Malgré tous ces moyens les vomissements continuèrent et l'amaigrissement fit des progrès rapides.

Le 5 juillet, la malade entra à l'hôpital. Nous constatons alors un amaigrissement considérable; le ventre est très rétracté, la faiblesse grande. Le teint est terreux, les yeux excavés, légèrement cerclés de noir, les traits tirés. De la commissure droite des lèvres à l'angle de la mâchoire, traînée érythémateuse produite par le contact des matières vomies.

La langue est sèche. Il y a un état nauséux constant, un ho-

quet fréquent, une haleine fétide. Une douleur vive à la région épigastrique. Une constipation opiniâtre depuis huit jours.

La malade est indifférente à ce qui se passe autour d'elle.

Elle accuse une céphalalgie assez violente. La vue est trouble. Il y a des bourdonnements dans les oreilles et depuis trois jours il y a eu plusieurs lipothymies.

Par le toucher, on constate une antéversion de l'utérus que l'on réduit par un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

A 6 h. 45 du soir, M. Larat fait une première séance d'électrisation. On emploie une pile de Chardin de 24 éléments. Les électrodes sont constituées par une plaque d'étain recouverte de peau de chamois, et de cotons imbibés d'eau ; elles ont une forme ovale ; l'électrode positive ayant comme dimensions 5c/6 et l'électrode négative 7c/10. Galvanisation stable descendante. Pôle + Pn. Dr., Pôle — Région épigastrique. Intensité du courant 8 à 10 milliampères. Durée de la séance, un quart d'heure. Le hoquet qui était au début de la séance très intense, cesse au bout de 5 minutes et on fait alors ingérer à la malade 100 grammes de lait glacé ; il n'y a pas de vomissement.

Nous conseillons de donner à la malade, deux heures après la séance, toutes les demi-heures une cuillerée à soupe de lait glacé, mais jusqu'à 6 heures du matin elle refuse de prendre toute nourriture.

A 10 heures du soir et à 2 heures du matin, vomissements. Pendant toute la nuit, insomnie, hoquet fréquent, subdélirium.

6 juillet. — De 6 heures du matin à 10 heures, ingestion de 200 grammes de lait glacé par doses fractionnées, pas de vomissements.

Même état général que la veille.

A 10 heures, séance d'électrisation d'une demi-heure. Galvanisation descendante du Pn. Dr. Injection 100 grammes de lait glacé.

De 11 heures à 2 heures, hoquet continu. La malade prend par doses fractionnées 90 grammes de lait sans vomissements.

A 2 heures du soir, séance d'électrisation. Galvanisation descendante du Pn. Dr. Le hoquet cesse au bout de 5 minutes et on fait prendre à la malade 100 grammes de lait glacé qui ne sont pas rejetés. Durée de la séance, une demi-heure.

La malade ne voit plus trouble, ne se plaint plus de bourdonnements dans les oreilles. Gastralgie et céphalalgie moins intenses.

A 6 heures. — Galvanisation descendante du Pn. droit pendant 1/2 heure et ingestion de 200 grammes de lait.

Dans l'intervalle de ces deux dernières séances, la malade prend par doses fractionnées 260 grammes de lait, et de plus on fait une injection sous-cutanée de 100 grammes d'eau salée à 7 0/00.

Dans le courant de toute cette journée, la malade n'a eu aucun vomissement.

7 juillet. — Dans la nuit, aucun vomissement, léger délire vers 2 heures du matin.

De 8 heures du soir (6 juillet) à 8 h. 1/2 du matin : 640 grammes de lait par doses de 40 grammes. Pas de vomissements.

Ce matin la malade a un teint meilleur, la mine plus éveillée, la parole plus facile, plus de céphalalgie, plus de gastralgie, plus de constipation.

A partir de ce moment il n'y eut plus de vomissements, l'alimentation fut abondante, puisque, dans la journée du 10 juillet, la malade pouvait prendre sans vomir 2,30 gr. de lait, 500 gr. de bouillon, un œuf à la coque, de la viande et du pain.

La convalescence fut entravée par une sublingualite suppurée qui causa un peu de fièvre.

Ici encore le résultat a donc été fort bon.

Comme dans le cas précédent, nous avons chaque jour relevé le poids de la malade. Le jour de son entrée, il était seulement de 38 kilogr. 300; peu à peu, il s'éleva à 39 kil. 880, le 11 juillet; il était de 41 kil. 200, le 16 juillet, jour où la malade quitta le service. En 10 jours, le gain avait donc été de 3 kilogr., ce qui représente une augmentation bien rapide, étant donné le grave état dans lequel se trouvait la malade au moment de son entrée.

L'analyse journalière des urines nous a donné les résultats que nous consignons dans le tableau suivant :

## UROLOGIE.

|            | Urine    | Urée      | Chlorure | Ph. alc. | Ph. terr. | Album.          |
|------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------------|
| 6 juillet. | 125 cc.  | 19 gr. 76 | 0 gr. 14 |          |           | 0 gr. 75        |
| 7 —        | 1230 cc. | 20 gr. 26 | 1 gr. 10 | 0 gr. 75 | 0 gr. 031 | 0 gr. 20        |
| 8 —        | 1710 cc. | 22 gr. 37 | 1 gr. 06 | 0 gr. 96 | 0 gr. 067 | 0 gr. 12        |
| 9 —        | 2620 cc. | 21 gr. 05 |          |          |           | traces d'album. |
| 10 —       | 1885 cc. | 20 gr. 61 |          |          |           | »               |
| 11 —       | 1460 cc. | 21 gr. 55 |          |          |           | »               |
| 12 —       | 920 cc.  | 14 gr. 15 | 1 gr. 85 | 0 gr. 54 | 0 gr. 13  | 0 gr. 04        |
| 13 —       | 1375 cc. | 25 gr. 20 | 4 gr. 62 | 0 gr. 98 | 0 gr. 21  | 0 gr. 04        |
| 14 —       | 1300 cc. | 18 gr.    | 6 gr. 76 | 0 gr. 52 | 0 gr. 09  | traces.         |

Si la malade dont nous avons rapporté plus haut l'histoire était manifestement une hystérique, nous n'avons trouvé chez cette dernière aucun stigmate qui nous permette d'affirmer chez elle la présence de cette affection.

Il est donc intéressant de comparer les analyses d'urine que nous avons pratiquées dans ces deux cas.

Dans ces deux cas, la proportion des phosphates terreux et des phosphates alcalins est sensiblement normale.

On admet généralement que dans une urine normale la quantité d'acide phosphorique éliminée par jour est égale au huitième de la quantité d'urée.

Si on examine le premier tableau, le rapport entre l'urée est sensiblement normal.

Dans le second tableau, on voit, au contraire, que la somme d'acide phosphorique éliminée est seulement égale au vingtième de la quantité d'urée. Une étude des chiffres de ces deux tableaux montre que dans les deux cas il y a eu hypophosphaturie ; et que, si dans ce premier fait, le rapport entre les phosphates et l'urée semble normal, c'est qu'il y a eu en même temps hypoazoturie.

Il serait intéressant de rechercher si l'hypophosphaturie est un phénomène constant dans le cas de vomissements graves ou incoercibles de la grossesse.

Nous devons comparer les deux tableaux précédents au point de vue des quantités d'urine et d'urée qui ont été émises dans les deux cas.

Dans ce premier cas, la quantité d'urine est restée inférieure

à un litre, et l'urée éliminée était de beaucoup inférieure à la normale même quand la malade se nourrissait bien, et quand ses forces et son poids se relevaient vite.

Dans le second cas, au contraire, l'urée éliminée a toujours été assez considérable et dès que la malade a pu se nourrir, il y a eu une période de polyurie très manifeste.

Les vomissements graves de la grossesse ne sont pas toujours dus uniquement à l'hystérie.

Dans quelques cas, s'il faut faire jouer un rôle important à l'état du système nerveux, d'autres facteurs entrent en jeu et il y a une véritable auto-intoxication. Les deux faits précédents semblent des exemples pris dans ces deux catégories de faits.

Si la première de nos malades semblait être uniquement une hystérique, rien ne nous autorise à considérer ainsi la seconde.

La polyurie, qui a suivi la disparition des vomissements, la richesse de l'urine en urée, la présence de l'albumine dans l'urine nous font penser qu'il y avait chez elle un état plus complexe et qu'elle doit, peut-être, être considérée comme une femme intoxiquée.

Il serait intéressant, pensons-nous, d'établir avec soin l'urologie des femmes enceintes atteintes de vomissements sérieux.

Peut-être permettra-t-elle de classer des faits d'origines différentes et que nous confondons aujourd'hui.

Quelle qu'ait été la cause des vomissements dans les deux cas que nous avons rapportés, l'électrisation du pneumogastrique pratiquée d'après la méthode de MM. Gauthier et Larat nous a donné d'excellents résultats.

L'intensité du courant est *progressivement* amenée jusqu'à 15 mille ampères environ ; on laisse passer ce courant pendant cinq ou six minutes, puis on l'interrompt doucement pour permettre à la patiente de prendre une tasse à thé d'aliment liquide, lait ou bouillon. Puis, on reprend la séance avec les mêmes précautions, pendant dix minutes. Si au bout de ce temps la malade accuse quelques nausées, il est nécessaire de continuer l'électrisation pendant cinq ou dix autres minutes. Nous n'avons jamais eu occasion de dépasser ce laps de temps, soit en tout vingt-cinq minutes. Dans tous mes cas une application électrique ainsi conduite a permis à la patiente de gar-

der plus ou moins longtemps ce qu'elle venait d'ingérer et de supprimer le vomissement instantané.

Quant au nombre de séances journalières, il varie avec chaque cas. Dans les cas graves il est nécessaire de faire trois séances par jour ; dans les cas moins sérieux, on peut se contenter de deux.

Le traitement ainsi conduit réussit du reste, non seulement dans les vomissements incoercibles, mais encore dans les vomissements ordinaires des femmes grosses qu'il modifie rapidement et, semble-t-il, d'une façon durable.

### Discussion :

M. TOUVENANT. — Je n'ai personnellement aucune expérience de la méthode de M. Larat dans les cas de vomissements de la grossesse, mais j'ai eu l'occasion d'essayer son procédé dans un cas que je demande la permission de relater.

Il s'agit d'une femme de 48 ans, hystérique, que je soignais depuis quelque temps pour un fibrome utérin et qui, un beau jour, sans raison, fut prise de vomissements d'une fréquence et d'une intensité tout à fait extraordinaires ; ma malade mangeait beaucoup, son appétit était excellent, mais chaque fois qu'elle sortait de table, elle vomissait immédiatement presque tout ce qu'elle avait pris.

J'essayai successivement tous les médicaments usités en pareil cas, mais sans aucun succès.

Aussi, devant la persistance des vomissements, demandai-je à mon maître M. Hutinel de vouloir bien venir la voir avec moi en consultation.

Comme la malade avait eu autrefois des coliques hépatiques, je posai à M. Hutinel la question de savoir quelle part il fallait faire à l'hystérie et au foie dans ce cas. M. Hutinel fut d'avis, comme moi du reste, que la malade, étant manifestement hystérique, ses vomissements devaient être mis sur le compte de sa névrose. Aussi, conseilla-t-il l'hydrothérapie et l'isolement et il engagea ma cliente à entrer pendant quelque temps dans une maison d'hydrothérapie des environs de Paris. Elle s'y refusa absolument et ses vomissements continuèrent de plus belle.

Au bout de quelque temps, je proposai une nouvelle con-



sultation, et M. le professeur Terrier vint voir la malade. Il me demanda pourquoi je n'avais pas essayé l'électricité et me conseilla de faire de la faradisation du creux épigastrique. Cette méthode échoua complètement et ne donna aucun résultat. C'est alors que j'eus l'idée de recourir au procédé de MM. Larat et Gautier et je priai mon ami le Dr Renault, dont la compétence spéciale en électrothérapie est bien connue, de vouloir bien venir appliquer à ma cliente la méthode de MM. Larat et Gautier; il se conforma fidèlement à la technique indiquée par nos confrères, il fit au début deux séances par jour, puis une seule, et après seize jours consécutifs de traitement régulier, nous dûmes renoncer à le prolonger plus longtemps, car les vomissements de la malade ne diminuaient ni comme intensité, ni comme fréquence.

Je voudrais donc demander à M. Larat à quoi, dans ce cas de vomissements nerveux, il attribue l'insuccès de la méthode.

M. LARAT. — Le cas de M. Touvenaint s'écarte de ceux dont je viens de parler. Jusqu'ici je ne me suis placé que sur le terrain de la grossesse et n'ai jamais expérimenté mon traitement à propos des vomissements dus à des fibromes.

M. NITOT. — J'ai vu, dans un cas, des vomissements incoercibles cesser dès qu'on eut réduit l'utérus gravide, qui était en rétroversion.

M. BAR. — Chez ma première malade la réduction de la rétroversion n'a pas fait cesser les vomissements.

M. BUDIN. — Je voudrais demander à M. Charpentier si la courbe de température de sa malade a été prise. En effet, ce qu'on appelait autrefois la fièvre, dans les cas de vomissements incoercibles, était surtout caractérisé par l'accélération du pouls et non par l'élévation de la température. Dans les cas que j'ai observés, je n'ai guère vu d'augmentation de température.

M. CHARPENTIER. — La température est restée à 37°2 et ce n'est que lorsque la langue est devenue sèche, que la tempé-

rature est montée à 38°9, c'est-à-dire lorsque l'état de la malade a été inquiétant. Le pouls a toujours été élevé.

M. BUDIN. — D'après les observations de M. Larat, il semble qu'on puisse obtenir de bons résultats avec l'électricité. Pour ma part, j'ai observé un fait qui détonne un peu au milieu des succès obtenus : Il s'agissait d'une jeune femme atteinte de vomissements incoercibles de la grossesse. Nous résolûmes, avec le Dr François Frank, de recourir à l'électricité et ce fut lui-même dont on connaît la haute compétence qui l'appliqua. Il avait exactement suivi le manuel opératoire décrit par M. Gautier. Ce fut un insuccès absolu. Je sais bien qu'un fait ne prouve rien si ce n'est cependant qu'on ne peut pas compter d'une façon absolue sur la méthode. Pour en revenir à ma malade, j'étais sur le point de provoquer l'avortement et elle devait pour cela entrer à la Charité, lorsque les vomissements cessèrent spontanément.

M. LOVIER. — Dans les deux observations que j'ai présentées autrefois à la Société, il y avait une dissociation très nette entre le pouls, qui était très fréquent, et la température, qui n'a jamais dépassé 37°. D'une façon générale, il n'y a pas d'élévation de température et lorsqu'on en constate, il faut rechercher si un état pathologique épisodique ne vient pas se surajouter aux vomissements incoercibles.

M. CHARPENTIER. — La conclusion de tous ces faits, c'est que les vomissements incoercibles de la grossesse ne sont pas toujours liés à la grossesse et que ce ne sont souvent que des vomissements survenus chez des hystériques enceintes.

M. BUDIN. — J'ai vu, en effet, survenir chez une jeune femme très hystérique, et qui se croyait enceinte, des nausées, des vomissements graves, des syncopes. Au bout d'un mois elle a ses règles et le soir même sur mon affirmation qu'elle n'était pas enceinte elle n'avait plus de vomissements. Voilà qui confirme l'opinion de M. Charpentier.

M. MAYGRIER. — A propos du traitement de M. Larat, deux écueils étaient à éviter : il ne fallait pas se tromper de diagnos-

tic, et, de plus, comme les traitements les plus différents sont capables de réussir contre les vomissements incoercibles, il ne fallait pas trop se hâter de conclure. Eh bien ! je puis dire qu'ici le diagnostic a été bien fait et que ma stupéfaction a été grande en voyant la malade avaler du lait au cours de l'électrisation. Les observations de M. Larat sont assez nombreuses pour mériter l'attention ; nous avons là une méthode facile, qu'il sera bon, je crois, d'essayer le cas échéant.

**M. JOUIN : D'une nouvelle thérapeutique médicale des fibromes utérins.**

J'ai l'honneur de présenter à la Société 3 observations de corps fibreux, améliorés probablement par une médication jusqu'ici inconnue.

Je n'ignore pas que le petit nombre de mes cas ne saurait me permettre de trop hâtivement généraliser. C'est donc moins une solution que j'apporte qu'un problème que je viens ici poser et vous soumettre.

Quoi qu'il en soit, voici les faits.

M<sup>me</sup> X., 46 ans, ma cliente depuis plus de 10 ans, est atteinte d'un corps fibreux utérin dont le début remonte à peine à trois années. Depuis dix-huit mois, la tumeur prenait des proportions tellement exagérées qu'une opération radicale, l'hystérectomie abdominale, fut proposée par le D<sup>r</sup> Le Bec, chirurgien de la famille en juin 1894, il y a par conséquent un peu plus d'un an. A ce moment la malade présentait des ménorrhagies abondantes ; la tumeur était volumineuse comme un utérus gravide de 6 à 7 mois. Très épuisée, bien que fortement obèse, très nerveuse, très anémiée, M<sup>me</sup> X., qui accepta l'opération en principe, est obligé de la renvoyer au mois de novembre pour des raisons de famille. Je lui conseille de faire, en attendant cette époque, une saison à Biarritz.

En septembre, je la trouve plus forte, plus vigoureuse. Le corps fibreux un peu diminué par le séjour aux eaux a conservé cependant un volume considérable et dépasse notablement le niveau de l'ombilic. La malade se plaint surtout d'avoir pris encore du poids et du volume et me demande avec insistance à suivre un traitement spécial contre l'obésité.

Sur le conseil d'un de mes camarades, le D<sup>r</sup> Bra, élève très convaincu de Brown-Séquard, je lui ordonne des tablettes d'extrait de glande thyroïde recommandées dans les cas d'adipose, par le D<sup>r</sup> N. York Davies, de Londres. Cette médication a été d'ailleurs, il y a quelque temps l'objet d'une communication de Charrin, à la Société de Biologie.

Pendant six mois consécutifs, M<sup>me</sup> X. suit le traitement thyroïdien, 20 jours par mois environ, et s'en trouve si bien que sous différents prétextes l'opération est renvoyée à une date ultérieure. En avril, bien que très soulagée et améliorée, elle désire subir un nouvel examen génital.

A ma grande surprise je trouve le corps fibreux diminué dans de telles proportions que l'opération ne saurait maintenant être conseillée. A peine dépasse-t-il le niveau supérieur de l'arcade pubienne.

Les règles durent quatre jours, peu abondantes, et sont revenues à leur type normal. Enfin, les symptômes fonctionnels, douleurs de reins, sensation de pesanteur à l'hypogastre, difficultés à la marche, etc., etc., sont à peu près disparues.

Très frappé par cette observation si nette, je m'empressai de faire des recherches sur la physiologie de la glande thyroïde et sur ses rapports fonctionnels avec l'utérus. Elles ne furent pas, ainsi qu'on le verra plus loin, complètement négatives. Également je soumis à la médication thyroïdienne exclusive, les autres malades atteintes de fibromes qu'il me fut donné de traiter.

C'est ainsi que je pus mettre, depuis deux mois, cinq autres sujets en expérience.

Voici la relation sommaire de ces cinq nouveaux cas.

Première malade, 40 ans. Fibrome du volume d'une tête de fœtus à terme. Ménorrhagies très douloureuses. Neurasthénie. Symptômes fonctionnels ordinaires. Elle commence le traitement thyroïdien dans les derniers jours d'avril.

Deuxième malade, 46 ans. Fibrome du volume du poing. Paraît être pédiculé sur l'utérus. Nombreuses poussées de péritonite. N'a jamais voulu accepter l'hystérectomie vaginale. Ménorrhagie. La malade est mise aux tablettes thyroïdiennes au commencement de mai.

Troisième malade. Fibrome du volume d'une tête de fœtus. Peu de ménorrhagie. Douleurs expulsives, bien que la cavité utérine soit libre. Elle commence le traitement le 8 mai.

Quatrième et cinquième malades. Fibromes du volume de deux poings. Aménorrhée chez la quatrième. Ménorrhagie chez la cinquième. Mises au traitement thyroïdien depuis dix jours seulement.

Sur ces cinq malades les deux dernières sont traitées depuis trop peu de temps pour qu'il me soit permis de constater un changement dans leur état.

La troisième ne paraît pas retirer de profit de la thérapeutique thyroïdienne.

Chez les deux premières, au contraire, j'ai observé une diminution très réelle des hémorrhagies menstruelles. Leurs règles, qui duraient quinze jours chez l'une et dix jours chez l'autre, sont revenues au type normal.

Chez la première, il y a déjà une diminution appréciable de la tumeur fibreuse.

Encore une fois, je ne veux pas encourir le reproche d'une généralisation trop hâtive. Je sais très bien les objections que soulèvent ces trois cas positifs.

Chez la première malade l'amélioration a été obtenue peut-être par l'action éloignée des eaux de Biarritz. La suggestion a pu jouer un rôle considérable dans la diminution des hémorrhagies des deux autres.

Et pourtant, cette diminution de la tumeur, observée 2 fois sur 4 cas (les deux derniers devant être mis en dehors de la statistique), des hémorrhagies supprimées ou considérablement modifiées trois fois sur 4, cette amélioration très réelle des principaux symptômes de la maladie, en un mot, valent, ce semble, la peine que l'on poursuive des recherches, d'autant plus qu'elles ont au moins le mérite d'une complète innocence.

D'ailleurs, les rapports, évidents pour nous, d'un mal de Basedow avec les maladies utérines, quelle que soit l'idée que l'on se fasse de ces rapports, que l'on considère les lésions de la matrice comme primitives ou consécutives, prouvent qu'il doit exister des relations physiologiques entre la glande thyroïdienne et le système génital.

A ce point de vue, d'ailleurs, ces recherches bibliographiques n'ont pas été complètement infructueuses.

On sait combien récents sont les travaux parus sur la fonction de la glande thyroïde. En 1862, dans ses leçons d'anatomie et de physiologie, Milne Edwards pouvait déclarer complète notre ignorance quant au rôle de cet organe mystérieux.

Comme le fait observer M. Gley, le physiologiste distingué de notre Faculté, ce n'est qu'en 1882-1883 que la lumière commence à se faire. Deux chirurgiens suisses, Reverdin, de Genève (1882), et Kocher, de Berne, montrent que la thyroïdectomie peut être suivie de symptômes analogues à ceux du myxœdème. Horsley, en 1885, opérant sur le siège, prouve qu'il y a plus qu'une analogie et que le myxœdème post-opératoire est bien de même nature que le myxœdème spontané, que la glande thyroïde, par conséquent, a une fonction propre essentielle.

En 1890, le chirurgien anglais préconise les greffes thyroïdiennes.

Gley et Vasseur montraient que des injections de suc de la glande peuvent suffire pour atténuer les désordres de son ablation chirurgicale.

Eufin, de nombreux cliniciens observent que l'ingestion de parenchyme thyroïdien soit à l'état nature, soit sous forme d'extraits pharmaceutiques, peut donner le même résultat.

Mais ces travaux, d'ordre général, ne présentent avec les cas qui nous intéressent aucun rapport immédiat. Il n'en est plus de même des trois observations suivantes, l'une d'ordre expérimental, les deux autres purement cliniques, qui doivent être rapprochées de ce que nous avons nous-même constaté.

Hoffmeister (*Fortschritte der Medicin*, 15 février 1892), le premier, signale chez les jeunes animaux privés de leur glande thyroïde soit une déchéance fonctionnelle du testicule pour les mâles, soit pour les femelles des altérations dans les ovaires, tantôt sous la forme d'une hypertrophie folliculaire, tantôt sous celle d'une atrophie générale des follicules.

D'autre part, nous trouvons dans le *British Medical Journal* (26 juin 1890) une note du professeur Horsley relatant un cas de greffe thyroïdienne ramenant les règles disparues depuis un an chez une femme atteinte de myxœdème et soignée par les D<sup>rs</sup> Merklen et Walther (*Semaine médicale*, 19 nov. 1890).

C'est tout ce qu'il nous a été donné de relever dans la science sur le sujet.

Mais si l'on considère combien sont récentes nos connaissances positives sur la physiologie de la thyroïde, si l'on rapproche des expériences de physiologie pathologique de Hoffmeister les observations cliniques de Horsley et de Merklen, si l'on admet enfin les rapports qui existent évidemment entre le goître exophthalmique et la pathologie utérine, quelle que soit d'ailleurs l'idée que l'on se fasse de ces rapports, l'on a bien le droit, pensons-nous, de poursuivre la solution d'un problème posé par le fait seul du hasard, et qui pourrait être fécond en conséquences thérapeutiques imprévues.

Problème complexe d'ailleurs et qui demandera, pour être résolu, beaucoup de temps, de patience et d'observation.

La clinique nous montre combien sont variés dans leur symptomatologie les fibromes utérins.

Tandis que les uns, tumeurs essentiellement bénignes, évoluent avec lenteur, déterminant à peine des symptômes fonctionnels et ne gênant les malades que par leur volume, d'autres, véritables néoplasmes malins, progressent avec une rapidité effrayante, altérant la santé générale, déterminant des symptômes fonctionnels, graves, des hémorrhagies susceptibles de mettre en quelques mois les patientes en grand péril.

Nous ignorons quelle est la raison anatomique de ces différences cliniques, et il est logique d'admettre une certaine diversité de nature, partant la nécessité d'une thérapeutique variée. La médication thyroïdienne saurait-elle agir indifféremment sur tous les cas ? Nous ne le pensons pas. Et nous ne saurions à ce point de vue apporter aujourd'hui de conclusions positives. Un fait clinique cependant, d'ores et déjà, s'impose : Les hémorrhagies paraissent constituer une indication de la médication thyroïdienne. A l'avenir de déterminer les autres indications.

Comment agit dans ces cas l'extrait thyroïdien ? Sur ce point encore nous ne pouvons répondre que par des hypothèses.

On sait très positivement, depuis les travaux de Bruns, de Tübingen, qu'il peut améliorer, voire même guérir certaines formes du goître.

La structure de ces tumeurs doit-elle être rapprochée de la structure des fibromes utérins, et peut-on attribuer au liquide thyroïdien des propriétés histo-thérapeutiques favorables dans les deux ordres de lésion ?

Ou bien doit-on expliquer l'effet bienfaisant du liquide thyroïdien dans les corps fibreux par une action de la glande thyroïde sur le système génital ? Encore une fois notre réponse à ce point de vue ne saurait être qu'hypothétique.

Comment doit-on administrer la médication thyroïdienne ?

On a successivement recommandé la greffe, les procédés alimentaires, les injections hypodermiques et les extraits glycélinés et secs.

Pour notre part, nous avons eu toujours recours aux extraits secs préconisés par MM. les docteurs L. Nielsen, médecin en second au Vestre Hospital, et Hashund, professeur de dermatologie à la faculté de Copenhague.

Les tablettes que nous avons administrées, qui ne sont autre chose que la glande desséchée à une basse température, représentent chacun 0,5 c. de l'organe frais. Nous donnons de 4 à 8 tablettes par jour, c'est-à-dire environ la valeur d'un demi-corps thyroïde de mouton.

Mais nous sommes bien décidés à user également des injections sous-cutanées d'extrait glycéliné et nous comptons pratiquer ces injections sur la région abdominale dans le voisinage de la tumeur.

Nous n'avons jamais observé les accidents d'intoxication signalés par MM. Pierre Marie et Louis Gueslain (Soc. médicale des hôp., 9 février 1894), et caractérisés par de l'insomnie, de l'anorexie, une soif intense, une courbature générale, de la faiblesse nécessitant le séjour au lit, de l'élévation du pouls et de la température.

Bien entendu, il faut penser néanmoins à la possibilité de ces accidents, et cesser la médication s'ils viennent à se manifester.

En résumé :

La méthode de Brown-Séquard, qui repose sur la notion physiologique très vraie des sécrétions internes de certaines



glandes, est loin d'avoir, en thérapeutique, dit son dernier mot.

Après l'exagération des adeptes qui croyaient trouver dans cette méthode une panacée pour tous les maux, nous avons eu une réaction salutaire et dont il faut savoir tenir compte.

Mais la méthode reste, et fait tous les jours des conquêtes appréciables.

Avons-nous, heureusement servi par le hasard, eu le bonheur d'en trouver une application bien imprévue dans la thérapeutique d'une affection qui, jusqu'à présent, échappait à toute médication interne. Nous osons l'espérer, bien que nos cas ne soient pas assez nombreux pour nous permettre de l'affirmer d'une façon absolue et définitive.

**M. A. DOLÉRIS : Thérapeutique intra-utérine dans les affections inflammatoires des annexes.**

Je ne voulais pas prendre la parole une seconde fois sur un sujet qui, médité, expérimenté également par tant de gynécologues ne devrait pas rencontrer, ce me semble, des jugements absolument contradictoires. Que l'on diffère sur quelques détails ; que l'un exagère ce qu'un autre tend à atténuer, c'est la loi de toute discussion. Mais les divergences absolues veulent être expliquées ; je me suis résolu à faire ressortir, malgré tout, un enseignement de la présente discussion à laquelle nous avons été ramenés par le mémoire de M. Petit. Plusieurs de nos collègues ont pris la parole, et c'est surtout leur opinion qui me servira à résumer quelques points du débat.

— M. **Gendron** a traité 18 femmes affectées de métrite avec lésions *péri-utérines* : « cordons noueux, fibreux, en forme de boudins, masses plus ou moins volumineuses et résistantes ou dures, empatement, etc. »

« 14 sont en excellente santé, 5 après 4 ans, 6 après 3 ans, 2 après 2 ans et 1, après 1 an. » — 2 ont été perdues de vue, 1 a été laparotomisée et 1 qu'il faut compter comme un quinzième

succès de la méthode est devenue rapidement enceinte et a succombé ensuite à la tuberculose. Soit *quinze succès* sur dix-huit cas.

M. Fournel a objecté que la pratique de M. Gendron n'est pas celle qui se trouve actuellement en discussion, l'opérateur préférant dilater extemporanément, curetter et tamponner ensuite. M. Fournel, en cela, a commis une erreur : dans huit cas sur les 18, dit M. Gendron (p. 82 du Bulletin), l'opération a été précédée d'une dilatation de plusieurs jours à la laminaire et à l'éponge et d'un drainage à la gaze iodoformée. Dans les dix autres cas, c'est l'inverse qui a été fait. Au point de vue des dangers ou de l'aggravation des lésions, y a-t-il une distinction à établir ? Les deux méthodes ne sont-elles pas, sinon absolument identiques, du moins très analogues dans leurs principes ? Je pose simplement la question. L'unique raison qui fait reculer M. Gendron dans l'adoption de la dilatation méthodique et prolongée, avant le curettage, est l'intolérance des malades pour ce traitement.

— « **M. Fournel** a conclu à son tour : La thérapeutique intra-utérine est rarement efficace contre les lésions péri-utérines. La proportion des insuccès dans sa pratique est de 10 contre un (page 92 du Bulletin).

Il existe des cas de mort provoqués par la série de manœuvres répétées qui constitue la méthode. M. Fournel ajoute : « Ces cas sont *heureusement rares*, je dois le dire » (page 93 du Bulletin).

Sa conclusion est que la méthode est quelquefois utile, le plus souvent inutile, parfois dangereuse.

**Doléris.** — Je suis intervenu dans le débat — *d'abord* pour exposer les diverses hypothèses susceptibles d'expliquer l'action de la dilatation. Je ne faisais que répéter ce que j'ai déjà dit en 1892. (*N. A. de Gynéc.*, p. 211).

— *Ensuite* pour montrer, à l'aide de chiffres récents, que les dangers de la thérapeutique intra-utérine avaient été exagés-

rés par M. Fournel. Sans recourir à des statistiques très nombreuses, j'ai groupé 600 cas environ, sur le total desquels les 20 auteurs, auxquels j'empruntais les chiffres, n'avaient consigné ni un cas de mort, ni un cas d'aggravation réelle des lésions (Bulletin, p. 107). Ma conclusion était donc raisonnable quand elle réclamait l'essai de la thérapeutique intra-utérine préalablement à l'ablation des organes.

— M. **Pichevin** a apporté des preuves matérielles de la possibilité de l'évacuation des kystes tubaires par l'utérus. En cela il a précisé, avec toute la rigueur désirable, ce qui n'était, dans mon esprit, qu'une hypothèse justifiée seulement par des comparaisons logiques.

M. Pichevin est en désaccord avec moi sur un point : la question du temps à consacrer à la méthode conservatrice. Il signale l'urgence qu'il y a, dans certains cas, à débarrasser promptement les malades de leurs lésions. Je ne trouve pas, dans cette divergence d'opinion, un motif à discussions nouvelles. L'opinion de M. Pichevin est, dans quelques circonstances, très défendable ; elle ne touche pas au principe même de la méthode.

En effet, tout en reconnaissant les ennuis et les longueurs du procédé, il conclut, sur le point spécial de son utilité, par ces mots : « Les avantages de la méthode ressortent des observations que j'ai présentées et ils sont trop évidents pour qu'il soit nécessaire de les proclamer. » (Bulletin, p. 259.)

Je constate aussi que M. Pichevin transposerait aujourd'hui volontiers les divers temps du procédé en établissant le drainage permanent après la dilatation rapide et le curettage pratiqués sous le chloroforme, cela en vue de supprimer la période douloureuse du début.

— M. **Porak**, sur le chapitre de la dilatation totale de l'utérus, a émis une restriction quant à la possibilité de l'obtenir.

— M. **Charpentier** a pris la parole pour confirmer, de par son expérience, la réalité de l'évacuation d'un kyste tubaire dans l'utérus.

— M. **Nitot** émet l'avis que la dilatation agit sur les enkystements péri-utérins.

— M. **Labusquière** rappelle la possibilité d'accidents par les dilateurs métalliques, et une opinion récente d'Olshausen, sur les inconvénients de la dilatation.

— M. **Bonnet** s'inscrit résolument contre l'opinion que la méthode est dangereuse : « Non seulement, dit-il, je n'ai jamais eu d'accident mortel, mais je n'ai jamais vu le traitement indirect, pratiqué comme il doit l'être, en dehors des poussées aiguës, aggraver les lésions annexielles. » Il a obtenu la guérison, au moins symptomatique, dans près de la moitié des cas, et il conclut très sagement : « En résumé, le traitement indirect des inflammations annexielles est loin de répondre à toutes les lésions ; cependant, en raison de son innocuité, s'il est pratiqué avec prudence, — et des avantages qu'on peut en retirer, même en cas de nécessité ultérieure d'un traitement radical, on doit le proposer à la malade, si on a sur elle assez d'autorité pour le lui faire accepter avec les inconvénients de sa durée et de l'éventualité d'un succès incomplet, ou même d'un insuccès possible. »

En résumé, il doit sembler à tout esprit impartial que l'opinion générale défendue dans cette société est plutôt favorable à la thérapeutique intra-utérine. La conclusion, c'est qu'elle doit être mise en œuvre comme méthode de début. Les résultats en seront positifs, douteux ou négatifs suivant les cas. Sur ce point aussi l'accord de la majorité s'est fait. Le pourcentage des succès est variable suivant les statistiques, les opérateurs et les détails de la technique. Cela devait être. Le principal, c'est qu'il y ait des guérisons assez nombreuses, incontestables, durables ; qu'il y ait des améliorations plus nombreuses encore, rendant la maladie très supportable. Il ne me paraît pas possible de contester ces résultats positifs.

De cas de mort causé par la thérapeutique intra-utérine, il n'en a pas été mentionné *un seul* dans la pratique de nos collègues qui ont pris la parole ici. De cas d'aggravation réelle

au cours du traitement, il en a été mentionné *deux*, un par M. Pichevin, un par moi. — Si on ajoute le cas, d'interprétation difficile, de M. Bonnet, cela fait *trois*. On en peut déduire que la méthode n'est que très exceptionnellement dangereuse ; qu'en tout cas, elle ne peut être comparée un seul instant avec les opérations radicales visant l'ablation des organes malades : laparotomie et hystérectomie, dont le pourcentage de mortalité est suffisamment connu.

Ce quit fait le principal intérêt de ces conclusions, malgré les divergences de détail, c'est qu'il ne s'agit plus en effet, comme il y a quelques années, de discussions dont les moindres défauts étaient la différence radicale dans l'éducation gynécologique des adversaires, et, chez la plupart, l'inexpérience de procédés encore nouveaux à cette époque.

Ceux qui ont pris part à la discussion actuelle savent satisfaire aux diverses exigences de la profession et ont suffisamment fait leurs preuves comme chirurgiens, pour qu'il soit fait sérieusement état de leur opinion basée sur les observations et la critique comparative de procédés chirurgicaux essayés dans leur pratique personnelle.

Dans la discussion, notre collègue M. Fournel a détonné et, résultat assez singulier, sa divergence d'opinion s'est accentuée à mesure que les arguments et les faits s'accumulaient en faveur de l'opinion contraire à la sienne. — Fait plus singulier encore, il a discuté surtout avec les observations des autres et, dans cette discussion, où la plupart ont cité des cas multiples, apporté des chiffres, il est, si je ne me trompe, un de ceux qui n'ont pas cité de statistique personnelle.

Il a parlé de cas de mort, mais il n'en a pas observé ; il a parlé de cas d'aggravation des lésions, mais je ne sache pas qu'il en ait cité de personnels. — Il est à supposer cependant que son opinion discordante, qui doit avoir une base sérieuse, découle de déceptions répétées qui l'ont fortifié dans ses convictions. — Il a négligé de nous faire connaître ces observations qui eussent été autrement convaincantes, pour nous, qu'une dissertation.

Il a indiqué les sources de ses publications antérieures à cet égard : j'y suis allé et je n'ai pas trouvé de documents capables de justifier ses critiques :

Tout se borne à une observation de salpingite kystique, avec échec de la dilatation, observation dans laquelle fut constatée, après laparotomie, l'imperméabilité de la moitié interne des trompes (Congrès de Bruxelles 1892. Séance du dix-sept septembre).

Je retrouve encore, dans le *Journal de médecine de Paris* de 1892, le compte rendu d'une séance de la Société du IX<sup>m</sup>e arrondissement, où il est question d'un premier cas : dilatation, *la veille de l'opération*, — curettage, résection de la muqueuse cervicale ; — pas de modifications des annexes 50 jours après l'opération.

Un deuxième cas concerne une endométrite avec salpingite de nature blennorrhagique : premier curettage — récidive de la leucorrhée ; — deuxième curettage suivi de l'opération de Schröder. — L'état des annexes n'est pas modifié. (*Il n'est pas question de dilatation.*)

Si c'est ainsi que M. Fournel entend la thérapeutique intra-utérine quand il nous parle (page 92 du Bulletin) de sa statistique qui lui donne dix insuccès pour un succès, je n'en éprouve aucune surprise ; car sa manière de faire est totalement différente de celle de ceux de nos collègues qui ont pris la parole. — La question serait alors simplement mal posée — puisque la discussion porte sur des méthodes qui sont loin d'être identiques.

Dans sa dernière communication, parue dans le Bulletin de janvier, page 322, notre collègue n'en persiste pas moins dans ses critiques ; cependant il oriente un peu différemment le thème de ses objections. C'est contre la dilatation qu'il dirige ses attaques.

A la vérité, c'est un détail important de la méthode, à mon avis ; mais on peut différer d'opinion sur un détail et surtout sur la technique de ce détail ou sur l'ordre chronologique de

son application (et c'est ce qui est arrivé au cours de la discussion), sans que, pour cela, les conclusions générales en soient notablement changées.

En attaquant la dilatation, M. Fournel a limité le débat à un point bien restreint, dans cette grosse question de la *thérapeutique conservatrice* dans les lésions des annexes, qui comporte :

- 1° Le traitement médical de la période aiguë ;
- 2° l'évacuation directe du pus dans les cas de collections purulentes avérées ;
- 3° la thérapeutique intra-utérine complexe dans les formes chroniques ;
- 4° les procédés conservateurs avec la laparotomie, ponctions, lavages, ruptures des adhérences, etc...

C'est ainsi que j'aurais aimé à voir s'élargir le débat qui nous aurait fourni sans doute des données fort intéressantes, fort utiles.

Je suivrai donc M. Fournel dans sa dernière critique de la dilatation, où il me paraît avoir tenu un compte insuffisant des données acquises de par la discussion antérieure.

« *L'utérus normal, en l'absence de toute lésion salpingienne, fournit un écoulement lorsqu'il est tamponné* » ; telle est la première proposition émise par notre collègue. Je suis entièrement de son avis ; il y a longtemps que j'ai fait et fait faire cette remarque, en mettant les élèves en garde contre une apparence trompeuse qui leur fait prendre pour du pus le mucus, le sérum ou le sang teintés par l'iodoforme dont les éponges et les gazes sont imprégnées. M. Bonnet a fait ressortir aussi cette erreur trop facilement commise par les jeunes praticiens. M. Pichevin, M. Bonnet, M. Petit, tous mes anciens assistants sont fixés là-dessus et savent bien mon opinion à cet égard.

*Suppositions peu plausibles sur lesquelles repose la dilatation pour lésions péri-utérines*, — telle est la seconde proposition.

M. Fournel conteste la possibilité de la dilatation de l'*ostium uterinum* par action du voisinage, « comme si l'on pouvait guérir les rétrécissements uréthraux profonds par la seule dilatation du méat urinaire ». Il ne nie pas les salpingites profluentes. — Les liquides pathologiques ne sont pas toujours contenus dans la trompe ; il faut tenir compte des variétés de suppurations cloisonnées péri-utérines, etc. — Le kyste évacué, reste une membrane pyogénique capable de réengendrer du pus. — Une affection inflammatoire chronique peut dégénérer en une tumeur maligne. »

Il serait oiseux de reprendre longuement ces arguments qui visent des théories. Ridiculiser une hypothèse, au moyen d'une mauvaise comparaison, n'est pas détruire la réalité d'un fait ; l'*hypothèse*, la voici : quand on dilate l'utérus jusqu'au fond de la cavité, on n'agit pas *à distance*, on agit sur l'angle même de l'utérus où s'ouvre l'*ostium uterinum* ; on ne peut bourrer la matrice de gaze ou d'éponges sans en amincir les parois : il se peut donc qu'on abrège le trajet à franchir par la collection tubaire. Le *fait* incontestable, le voici : après cette dilatation, j'assure qu'on peut voir une tumeur kystique tubaire diminuer et disparaître ; je dis *tubaire*, puisque, dans quelques cas, j'ai pu à bref délai, par la laparotomie, vérifier les lésions diminuées, mais non entièrement guéries. La dilatation a-t-elle été inutile dans les cas du même genre, cités par MM. Pichevin, Bonnet et bien d'autres (Béatrix, Mabit, Blondel, etc.) étaient-ce là des cas de trompes ouvertes qui se fussent passées de la dilatation ? Incontestablement non, puisqu'avant l'intervention, la tumeur ne se vidait pas et qu'il a suffi de dilater pendant quelque temps pour la voir se vider et disparaître.

La dilatation ne peut pas agir, dit M. Fournel, sur les kystes extra-tubaires. C'est parfaitement exact et je n'avais pas attendu la discussion actuelle pour le comprendre et l'écrire. Cette objection était inutile. Cependant, comme la thérapeutique intra-utérine peut aussi modifier quelques-unes de ces lésions extra-tubaires, il fallait trouver, pour cette modifica-



tion favorable, une explication nouvelle. Je ne condamnerai pas M. Fournel à relire un long mémoire que j'ai publié sur ces questions en 1892; il me répondrait peut-être qu'il a autre chose à faire. Je me contenterai de dire que, dans ce mémoire, après avoir longuement relaté vingt-cinq observations, c'étaient *les faits* que personne n'est en droit de contester et dont plusieurs collègues pourraient confirmer les moindres détails, j'ai interprété l'action de la dilatation autrement que par l'évacuation directe à travers l'ostium utérinum. C'était encore une hypothèse, ou, si l'on aime mieux, un essai d'interprétation des effets du traitement. (N. A. Avril 1891, page 211.)

Il était donc inutile de créer un argument pour une divergence qui n'existe pas.

Sur la question de la « *membrane pyogénique* du kyste, capable de réengendrer du pus, après une première évacuation » dont parle M. Fournel, je n'insisterai pas; cela me serait très malaisé. Il s'agit ici, pour parler simplement, d'une muqueuse qui suppure, tant que les agents septiques de la suppuration sont présents. Je pense néanmoins que si un kyste septique évacué peut se régénérer par un nouvel exsudat, un kyste non septique a quelque chance de guérir, à la suite d'une première évacuation, si les circonstances sont favorables. Toutefois, la réapparition d'un liquide dans la trompe malade est le fait de conditions mal connues et il reste beaucoup à faire pour élucider les processus de la salpingite kystique, nous devons le reconnaître. Nous ne savons pas grand'chose de précis sur la possibilité de ces retours de tumeurs, après un calme de plusieurs années.

En soi, le fait que la muqueuse tubaire ne sera point modifiée par la dilatation me paraît assez évident pour que je l'aie signalé le premier dans une réponse à M. Fournel (p. 94 du Bulletin) et M. Nitot y a insisté un peu plus tard. Cela prouve-t-il que la simple évacuation ne puisse assurer parfois la guérison de la salpingite kystique? Nullement. Les observations citées ici même le démontrent. Par comparaison, nous voyons le fait se réaliser à la suite d'une fistulation spontanée de la poche

dans le vagin ou la paroi abdominale. Les anciens chirurgiens, qui ouvraient ces collections, au bistouri ou avec le trocart, enregistraient souvent des succès, sans qu'aucune injection modificatrice fût employée.

.La transformation de la salpingite en cancer est-elle un fait seulement probable, je ne dis pas démontré, pour en faire un argument ?

Je laisse à chacun le soin de répondre.

En somme, nous étions assez d'accord sur le fond des premières objections, rapportées à nouveau dans ce paragraphe, pour qu'il fût au moins inutile de les rééditer.

« *La dilatation est-elle obligatoire ?* » demande M. Fournel. Tel est le troisième point.

M. Fournel n'approuve pas que j'aie cette opinion. Il me permettra de la conserver. Je crois que la dilatation est un des gros éléments de succès dans la thérapeutique des affections des annexes. C'est l'insuccès du curettage sans dilatation, dans ces cas, qui m'a conduit à faire à cette dernière pratique, une place importante ; que l'on dilate après le curettage ce que je fais parfois, que l'on fasse l'inverse, il ne me paraît pas nécessaire d'élever une discussion sur ce point.

La plaisanterie dont M. Fournel égaie son discours n'a rien à faire avec des sujets graves ; et quand j'émetts l'avis que l'objection unique tirée du délai prolongé, nécessaire au traitement conservateur, ne saurait peser fortement sur l'esprit d'un médecin consciencieux, alors qu'il s'agit de sauver les organes essentiels de la femme, c'est une opinion personnelle ; c'est au nom de mes scrupules que je parle. M. Fournel n'est pas obligé d'y souscrire.

*Statistiques.* — On peut toujours chicaner une statistique, surtout quand elle n'est pas personnelle.

Il me fallait faire ressortir une évidence.

J'ai réuni 600 cas sans grande peine ; je n'ai eu qu'à lire les travaux les plus récents et à y joindre les chiffres fournis ici même.

Je n'avais pas besoin d'apporter une rigueur excessive à un pareil exposé dont la portée est nécessairement limitée. Je n'en voulais d'ailleurs déduire qu'une conclusion : l'innocuité de la thérapeutique intra-utérine, sans phrases.

Cette innocuité, en thèse générale, a été suffisamment certifiée ici et ailleurs pour que je n'aie pas à insister. Une statistique qui aura peut-être quelque valeur au gré de notre collègue, c'est celle qui résulte de ma pratique, depuis le mois de juin 1888 et que je fournirai ultérieurement.

Je passe les arguments qui suivent. M. Fournel a vu une contradiction entre deux de mes phrases, dont l'une indique l'atténuation de *lésions graves*, et l'autre proscrit l'intervention à la période *d'acuité*. Or, à moins de vouloir confondre *évolution de la période aiguë* avec *gravité de lésion*, on ne peut voir là une contradiction.

Vient enfin une classification des lésions pelviennes. Sur ce thème, je puis suivre M. Fournel. En tâchant de faire des catégories, il a entrepris une œuvre difficile. Mais c'est un objectif essentiel à rechercher et que je ne songe pas à critiquer dans son argumentation. Beaucoup, et je suis de ce nombre, ont tenté d'établir des distinctions, des divisions et, tout en ayant précédé M. Fournel dans cette voie, n'ont pas, plus que lui, trouvé le dernier mot de la question.

Mais, quand il dit que les lésions qui guérissent avec le traitement conservateur eussent guéri seules, il semble considérer que les collègues, qui sont intervenus, ont pratiqué une intervention inutile. C'est une opinion gratuite que, pour ma part, je ne veux pas relever autrement. Les malades qui me consultent et que je traite sont des chroniques, affectées depuis des années souvent, et dans l'appréciation des faits, il nous appartient à tous de faire les distinctions nécessaires.

J'arrive à la *nocivité de la dilatation*.

Il y a, dans l'exposé de M. Fournel, toute une doctrine. Elle ne me paraît définitive, même en ce qui concerne les suppurations pelviennes; et sans la discuter, ce qui serait fort long, je

lui laisse la responsabilité de ce nouveau chapitre didactique; il sera toujours temps d'y revenir et il le faudra.

L'opinion de notre collègue tend à consacrer la nécessité d'intervenir dès qu'il y a du pus.

Nous nous rapprochons sans doute sur bien des points que je n'ai pas traités et qui ne peuvent ressortir que des faits bien démontrés ; ne m'étant pas engagé, avec intention, sur le fond de cette partie de la discussion, je serai très à mon aise pour en parler.

L'évacuation du pus est une règle ; j'y souscris pleinement. Encore faut-il être certain que ce pus existe, savoir où le trouver, et choisir le moyen pour lui donner une issue. En principe, personne que je sache ne s'oppose à cette pratique. Mais, je ferai remarquer en passant qu'ouvrir un abcès pelvien, ce n'est pas extirper les trompes, les ovaires et l'utérus avec. M. Laroyenne, après de semblables évacuations par ponction a, au dire de M. Gouilloud, obtenu de très beaux succès et conservé les annexes à des femmes dont 11 pour cent ont pu devenir *enceintes ultérieurement*. Et il y avait certainement du pus dans ces cas..., puisqu'il a été évacué.

Au surplus, l'acuité des lésions n'est pas autant dans la présence du pus, qui est stérile 40 fois sur 100, que dans la septicité des lésions. Je ne vois donc pas la nécessité de confondre ces deux faits.

Autrement essentiel serait le danger de la thérapeutique intra-utérine, s'il existait. Mais il faut le prouver.

Des neuf collègues qui ont pris part à la discussion, aucun n'a parlé de mortalité *par la dilatation*, sauf M. Porak, qui ne s'est pas expliqué autrement qu'en invoquant un échec dans un cas de curetage pour infection puerpérale. Cela nous éloigne un peu du sujet actuel. La malade de M. Pichévin est morte à la suite d'une opération faite par crainte d'une rupture. Les cas de M. Raffray et de M. Rochet ne sont point connus dans leurs détails ; et qui peut dire ce qui a été fait, à quelle période de la maladie le traitement a été mis en œuvre ?

Olshausen rapporte aussi un cas de mort et, chose étrange, il reste néanmoins convaincu que la dilatation avec la gaze iodoformée est la méthode la moins dangereuse.

Mon cas de mort !... où M. Fournel l'a-t-il vu ? J'ai dit qu'une de mes malades était morte quatre mois après le traitement conservateur, après être retournée dans son pays et avoir, avant comme après, refusé l'ablation des organes malades.

Est-ce un cas de mort à l'actif de la thérapeutique intra-utérine et sont-ce là des procédés de discussion ? je le demande ; et peuvent-ils convaincre qui que ce soit. Il reste donc deux cas, trois si l'on veut, mettons, avec ceux d'Olshausen, cinq ou six dont on ne parle que par ouï-dire. Allons à dix, si vous voulez et ne tenons aucun compte des considérations accessoires. Quelle proportion de mortalité cela fait-il sur l'ensemble ? Cela donne-t-il à M. Fournel le droit de conclure (page 339 du Bulletin) « la dilatation cause la mort chez *un grand nombre* de femmes primitivement ou secondairement, » alors qu'il a dit, page 93 : *ces cas sont heureusement rares ?*

Les *morts secondaires* dues à l'opération radicale exécutée pour des lésions soi-disant aggravées par la thérapeutique intra-utérine sont donc venues changer à ce point la statistique ? C'est fort commode, à la vérité, pour un opérateur, de dire : cette femme a été dilatée, elle a été aggravée, je l'ai opérée, elle est morte..., parce qu'aggravée. Où sont les faits de ce genre ? sur quelle base repose cette appréciation complaisante de la mortalité opératoire dans les grandes mutilations ? M. Bonnet a certifié le contraire, M. Pichevin également.

« Dans l'inflammation circum-utérine, le curettage associé à la dilatation est *d'une parfaite innocuité* ; jamais nous n'avons vu la dilatation, pratiquée avec les précautions susdites, provoquer d'accès de fièvre, ainsi que l'a écrit M. Pozzi. »

Telle est l'opinion de M. Petit (page 29 du Bulletin).

Je suis tout aussi affirmatif.

Comment notre collègue apprécie-t-il les aggravations que la majorité ici conteste ? quelle différence fait-il entre une diffusion inflammatoire, une exacerbation de la lésion annexielle qui suivrait la thérapeutique intra-utérine (si tant est qu'on voulût lui concéder la réalité du fait), et une exacerbation qui dépendrait de causes quelconques ?

La salpingo-ovarite est éminemment paroxystique ; cela est classique. Les chirurgiens partisans de l'opération radicale, de l'ablation, ne trouvent pas de meilleure indication d'agir que ces paroxysmes mêmes ; pour eux il n'est pas de motifs plus impérieux. « *Le pus existe ; il augmente, la rupture est imminente* » ; voilà ce qu'on dit pour justifier l'opération qui doit sauver la malade.

Or la situation n'est pas différente, ce me semble, qu'il s'agisse des aggravations spontanées ou des aggravations que vous imputez à la thérapeutique intra-utérine ; vous savez que toujours, en opérant par l'hystérectomie ou la laparotomie, vous créez un risque à l'opérée.

Le danger, que vous nous accusez d'avoir aggravé, sans nous dire comment, vous devez donc avoir une façon à vous de l'apprécier. Vous savez bien que nous ne touchons, nous, à ces lésions que quand la chronicité est bien reconnue, et que nous différons avec vous sur le pronostic général de la salpingo-ovarite. Il serait aisé de consulter chacun de nos collègues ici présents et de leur demander combien, dans toute leur pratique, ils ont vu de femmes succomber à l'évolution naturelle de la salpingo-ovarite ? Tentez cette épreuve.

M. Fournel a, sans doute, attaché foi à ce qui s'est dit, il y a peu de temps, à la *Société de chirurgie*, si j'en juge par l'émotion qu'il a trahie lorsque j'ai parlé de l'action de la dilatation lente « qui agit peut-être à la façon du massage » et qui l'a fait s'exclamer : « Nous faisons, dites-vous, une sorte de massage. — Mais, cela devient de plus en plus dangereux, vous répliquerai-je. — Nous exerçons des tractions. — Mais c'est bien ce qui me fait peur. »

Un journal de médecine, sous la signature de M. Sebileau, prête à M. Pozzi cette opinion « que j'attribue réellement au massage de la trompe suppurée une action bienfaisante. » Bien avisé, le Bulletin officiel de la Société de chirurgie passe sous silence l'opinion erronée de M. Pozzi, à mon endroit.

Je pourrai fournir à cet égard, à M. Fournel telles explications qu'il lui plaira. Je ne doute pas de le convaincre qu'il apprécie mal ou qu'il a mal compris, à moins que je ne me sois mal exprimé.

Mais, M. Pozzi a bien compris, finalement, lui.

Donc, encore une fois, ces appréhensions singulières autant qu'exagérées, pourquoi ? Alors que nous avons été ici le plus grand nombre, dans la discussion, à en nier la légitimité.

Au nom d'une expérience, de faits que l'on ne conteste pas, et avec une bonne foi que vous ne contestez pas non plus, je suppose, nous ne vous avons pas dissimulé nos cas malheureux, nos insuccès ; nous n'avons pas nié les cas de mort... *des autres.*

Mais pour ces morts dues à l'opération radicale ultérieure chez des malades *aggravées*, je ne vois en somme que les affirmations de M. Fournel ; je ne vois pas des faits raisonnés et précis. Quant à l'interprétation, elle m'est suspecte à bon droit.

J'ai opéré aussi des femmes que le traitement conservateur n'avait pas guéries.

J'en trouve *seize* dans ma statistique, avec un cas de mort opératoire.

Je n'ai jamais eu l'idée de me décharger de cet échec malheureux sur la dilatation, qui m'a rendu si souvent, au contraire, des services inespérés.

Et puis, où veut-on en venir ? à nous priver d'un traitement qui, de l'aveu de la majorité d'entre nous, reste réellement bon, quand il est sagement conduit ? Que répondrons-nous aux femmes malades qui souffrent et qui ne veulent pas consentir à être éviscérées ?

Il y a, reconnaissez-le, dans votre façon de critiquer, une

tendance dangereuse, à mon sens, qui consiste à noircir un procédé bénin malgré tout, avec ses imperfections, au bénéfice des mutilations graves qui ont à leur actif une statistique de mortalité autrement lourde. Notre collègue n'y a pas songé sans doute.

Mais il importe que le point soit décidé clairement. Lors donc que je pose cette question, à nos collègues qui ont déjà pris la parole, en les priant de nous dire si, à leur avis, la *dilatation*, et pour mieux préciser, la *thérapeutique conservatrice* avec tous les éléments opératoires simples qu'elle comporte et qui ont été cent fois répétés, avec ses indications et ses contre-indications, est une thérapeutique *dangereuse*.... je trouve leur réponse négative, dans les affirmations qu'ils ont apportées ici.

Pour les cas de kystes tubaires volumineux et anciens, pour certains autres cas qui, à première vue, semblent préparer une déconvenue au gynécologue et où la méthode conservatrice doit être impuissante, afin qu'on ne me prête pas des idées autres que les miennes, je répéterai ce que j'ai déjà dit ici (p. 117 du Bulletin). « Il y a des exceptions sans doute et certains cas rares peuvent être jugés dès l'abord, par un homme expérimenté, comme *incurables* par la méthode conservatrice. Le principe général n'en reste pas moins vrai : avant de recourir à l'ablation des organes malades, il faut recourir à la thérapeutique conservatrice. »

Maintenant, il est certain qu'il y a des méthodes différentes, bien que l'objectif soit le même. Ne pouvant répondre que de celle que j'emploie et que j'ai décidément choisie, après de longs et de nombreux essais comparatifs, on ne trouvera pas étrange que je la préconise et que je la conserve.

Je préfère le tamponnement au tubage utérin que j'ai essayé ; je préfère à la dilatation rapide avec des instruments métalliques, qui est quelquefois difficile, et d'autres fois impossible, j'en ai fait l'épreuve, la dilatation lente, progressivement et méthodiquement faite, avec les mille précautions antiseptiques si aisées à comprendre et à pratiquer, telles que : irriga-



tions intra-utérines entre l'introduction de deux tentes dilatrices.

Le curettage n'est essentiel qu'au début de la thérapeutique intra-utérine, qui comporte des périodes d'action et de repos, ainsi que nous l'avons écrit et montré par les publications d'observations très détaillées.

Les antispasmodiques pour calmer la douleur, les révulsifs si c'est nécessaire, sont des adjuvants dont on n'use pas assez et dont il faut user pour rendre le traitement supportable.

Enfin, condition essentielle, savoir patienter et ne pas oublier que l'importance du résultat visé vaut bien un délai de quelques semaines.

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du Jeudi 10 Octobre 1895.*

Présidence de M. RICHELOT, vice-président.

*Sommaire.* — Lecture du procès-verbal de la dernière séance.*Discussion :* M. BAR, à propos de la communication de M. NARICH, sur l'emploi du lacs, au point de vue des lésions qu'il peut produire.

Adoption du procès-verbal.

*Correspondance :* Journaux habituels. Traité d'obstétrique, 1<sup>er</sup> volume, par M. DE LA TORRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Rome. — Mémoire sur l'antisepsie obstétricale, par M. HENROTAI, d'Anvers.*Rapports de candidatures.* — M. RICHELOT : Rapport sur la candidature de M. Celestino de Argenta. — M. PICHEVIN : Rapport sur la candidature de M. Delassus.*Elections.*

M. BAR : A propos de la communication de M. Narich intitulée : « **Sur l'emploi des lacs au point de vue des lésions qu'il peut produire. Signalement de deux nouveaux dangers des lacs et de deux nouveaux avantages du tracteur du siège.** »

Nous avons pu lire dans le compte rendu de la séance du 11 juillet le très intéressant travail de notre excellent collègue, M. le D<sup>r</sup> Narich.

Dans ce travail, M. le D<sup>r</sup> Narich a eu en vue : 1<sup>o</sup> de faire la critique des observations que M. le D<sup>r</sup> Tissier et moi, vous avons présentées au mois de février dernier et qui avaient trait aux lésions que peut produire l'emploi des lacs.

2<sup>o</sup> De signaler deux nouveaux avantages du tracteur du siège imaginé par lui.

La première partie de ce travail appelle une réponse que je vous demande la permission de faire.

A. M. Narich estime que les lacs dont nous avons fait usage,  
SOCIÉTÉ OBST. — 1895.

étaient défectueux. Nous acceptons volontiers qu'avec des lacs recouverts de caoutchouc les chances d'accidents peuvent être moins grandes. Il y a là un fait dont l'expérience seule permettra de juger.

B. M. Narich, faisant allusion aux paroles de M. le Dr Budin, écrit : « Il faut, a dit dans la même discussion mon savant maître M. Budin, il faut que toutes les forces dont on peut faire usage, concourent au même but », et il en énumère trois ; 1° les tractions sur le lacs, 2° l'expression utérine et 3° la contraction utérine, que l'on peut réveiller par l'ergot, comme le dit M. Porak, ou par l'introduction de la main profondément derrière le siège du fœtus, comme le fait M. Guéniot.

Dans aucun de leurs trois cas, MM. Bar et Tissier n'ont eu recours à la multiplicité des forces dont leur a parlé M. Budin et s'ils y avaient eu recours, ils l'eussent certainement écrit..., etc. »

J'avoue que nous n'avons pas usé d'ergot de seigle pour ranimer les contractions. Mais aucun accoucheur n'ignore que, dans tous les cas où on fait des tractions sur le siège, on agit surtout pendant les contractions, on s'aide d'expression. Cela est une règle élémentaire. Nous n'avons pas jugé qu'il fût utile de mentionner que nous nous y étions conformés.

C. M. Narich écrit, page 369 : « Nulle part encore, dans les observations de MM. Bar et Tissier, il n'est dit qu'ils aient mis le moindre repos dans leurs efforts et, nous le répétons, on ne saurait passer sous silence ces détails opératoires quand il s'agit de montrer que tel procédé serait parfois dangereux.

. La sincérité de ces auteurs, dont il faut les féliciter, nous prouve au contraire qu'ils ont fait leur opération d'un seul trait. »

Je regrette vivement de ne pas mériter les félicitations de notre distingué collègue ; mais ici encore, en disant que nous avons exercé des tractions prudentes, nous ne pensions pas, parlant en accoucheurs à des accoucheurs, qu'il pût venir à l'esprit que nous nous étions écartés de l'observation de ces règles banales, que nous enseignons journallement à nos élèves.

D. Enfin, M. Narich commentant un de nos faits dans lequel il y avait eu fracture de cuisse après application d'un lacs dans l'aîne d'un enfant se présentant en S. I. G. A., écrit : « Quoique leur fœtus fût dans une de ces positions que l'on regarde comme franchement favorables, position antérieure gauche représentée par la figure 2, ils se mirent dans le cas des positions défavorables en dirigeant leur lacs vers la cuisse droite de la mère, comme le montre la même figure. En effet, « les tractions affirment-ils, ont été dirigés légèrement à gauche ». Il est incontestable qu'ils entendent par là à gauche de l'opérateur, ce qui rapproche le lacs de la cuisse droite de la mère. » Cette pratique défectueuse serait la cause de la fracture observée.

En disant qu'ils tirent à gauche ou à droite, que ceci est à gauche, cela à droite, tous les accoucheurs européens ont coutume de prendre comme points de repère le côté gauche ou le côté droit de la mère et non leur propre côté. Nous n'avions pas pensé, en écrivant notre observation, qu'une confusion pût se produire à ce propos.

Notre excellent collègue M. Narich nous a vraiment attribué une trop grande ignorance de la langue médicale et des règles les plus élémentaires de la pratique obstétricale. Nous eussions été heureux qu'il nous demandât quelques renseignements sur les points qui lui semblaient obscurs dans notre courte communication. Ses remarques si judicieuses, si conformes à la pratique de tous, eussent encore eu plus de poids, car elles eussent été mises au service d'une argumentation ayant une base sérieuse.

**M. RICHELOT : Rapport sur la candidature de M. Célestino de Argenta**, chirurgien espagnol. — M. de Argenta s'est surtout occupé d'obstétrique et de gynécologie. Il a publié divers mémoires sur ces sujets.

Nous citerons, en particulier, ses travaux sur les pyosalpinx, sa communication au Congrès de Rome sur la séméiologie des inflammations pelviennes de la femme et de leur traitement rationnel.

M. de Argenta n'est point partisan d'une intervention hâtive ; il admet que la laparotomie est l'intervention de choix

et que l'hystérectomie, opération un peu obscure, doit être réservée à quelques cas spéciaux.

M. Richelot fait ses réserves sur ces opinions. Il termine en énumérant les nombreux titres scientifiques de M. Argenta. Docteur en médecine et en chirurgie, Professeur privé de gynécologie, membre de la Société de gynécologie espagnole, Président du Collège des médecins de Salamanque, etc., etc.

**M. PICHEVIN : Rapport sur la candidature de M. Delassus.** — M. Delassus se présente, Messieurs, à vos suffrages avec un bagage scientifique qui mérite toute votre attention.

Notre confrère a donné les preuves de son activité en publiant des observations intéressantes, des mémoires importants sur les diverses branches de la chirurgie, sur l'hygiène, la médecine légale, surtout sur l'obstétrique et la gynécologie.

La dégénérescence cancéreuse de la paroi d'un kyste sébacé a été l'objet d'une courte revue au cours de laquelle l'auteur préconise l'ablation large des loupes ulcérées.

L'obstruction de la trachée après trachéotomie, la rectotomie linéaire suivie de colotomie iliaque dans un cas de tumeur rectale, la gastrostomie pour cancer de l'œsophage, la localisation du phlegmon sous-péritonéal ont tour à tour été traitées par notre confrère qui accompagne ses observations et ses opérations d'utiles commentaires.

Un mémoire consacré à l'enseignement de la médecine légale et marqué au coin du bon sens mérite nos éloges.

Enfin, M. Delassus fait un travail sur la reconnaissance des récidivistes, par les signalements anthropométriques, d'après la méthode de M. Bertillon.

Mais il me tarde de mettre en relief les sujets qui ont été exposés par notre collègue avec une prédilection et une compétence que vous vous plairez à reconnaître.

Dans une revue datée de 1888 sur le segment inférieur du col de l'utérus puerpéral, M. Delassus expose clairement l'état de la question.

Le traitement électrique des fibromes utérins est l'objet d'un travail quine pêche ni par un scepticisme étroit, ni par un en-

thousiasme exagéré. L'auteur se garde de se prononcer sur la supériorité d'aucune des méthodes employées par les électriciens. Cependant je crois que l'introduction d'une tige dans la cavité utérine est singulièrement plus efficace que l'application d'un pôle dans le vagin ou sur le col.

Il suffit de signaler une ovariectomie suivie de guérison, pour kyste adhérent de l'ovaire.

M. Delassus publia en 1888 un procédé fort simple permettant les tractions lentes et continues sur le forceps.

En présence d'un cas où le forceps est indiqué, et où son application avec les moyens ordinaires n'a pas donné de résultats, que faut-il faire, si on n'a pas sous la main un aide-forceps ? M. Delassus expose comment on peut remplacer l'aide par un bâton solide, un bout de corde et un forceps, et, au besoin, un dynamomètre. Ce dernier instrument n'est pas indispensable. Utile sans aucun doute, ce procédé ingénieux et peu compliqué ne peut être que d'une application assez restreinte.

Notre confrère relate deux faits intéressants sur les relations qui peuvent exister entre les émotions de la mère et les malformations fœtales.

Voici le premier cas : Mme D. était en retard de ses règles d'environ trois semaines. A cette époque, elle était occupée à se coiffer près du seuil de sa porte. Son frère, qui venait d'écorcher un lapin s'approche d'elle par derrière et, brusquement sans la prévenir, lui applique la peau toute chaude de l'animal sur la joue. On comprend le saisissement provoqué chez la femme par cette mauvaise plaisanterie. A terme, la femme mit au monde un enfant porteur d'un bec-de-lièvre. Or cette dame n'a jamais vu de bec-de-lièvre, et il n'y en a pas dans le pays, point parmi ses ascendants connus ni descendants, pas plus que dans ceux du mari.

Le second cas peut être résumé ainsi :

Mme X. se croyait enceinte d'environ deux mois. Sur la fin de décembre, à la brume, vers 4 heures du soir, en entrant brusquement dans son salon, elle est effrayée à la vue d'un énorme *chien* empaillé qu'on avait placé dans la pièce et qu'elle ne s'attendait pas à voir en cet endroit.

Son émotion est extrêmement vive.

L'enfant naquit avec une tête ressemblant à une *tête de chat*.

Dans ces deux observations, l'émotion a été éprouvée au moment de l'évolution des vésicules centrales.

L'auteur se refuse à rapporter ces deux faits à de simples coïncidences. Il ne tente pas de donner une explication plausible, mais il ne peut s'empêcher de voir là une relation de cause à effet. Il importe, je crois, de suspendre son jugement sur des faits qui ne sont pas assez nombreux ni assez démonstratifs.

La transforation du crâne, d'après la méthode d'Hubert, de Louvain, a trouvé en M. Delassus un chaleureux défenseur. Le plaidoyer date de 1885. C'est assez dire que certains arguments, développés par notre confrère il y a dix ans, ne le seraient guère plus en 1895. M. Delassus a trop suivi les progrès obstétricaux pour qu'il n'ait pas quelque peu brûlé ce qu'il avait adoré. Et, en agissant ainsi, il a fait preuve d'intelligence, d'initiative et d'esprit scientifique.

J'ai parlé d'initiative et d'esprit scientifique. M. Delassus a montré qu'il en était amplement pourvu quand il pratiqua l'opération césarienne sur une femme de 39 ans.

Il s'agissait d'un bassin rétréci de 6 centimètres, chez une femme ayant des déformations remarquables du squelette et un conduit vulvo-vaginal très étroit.

L'opération césarienne fut reconnue à juste titre l'opération de choix.

La perte de sang fut presque nulle et M. Delassus croit que ce résultat est dû à une injection d'ergotine pratiquée avant l'intervention. Sans être l'ennemi de l'ergotine, je pense que ce médicament n'est pas capable de mettre le chirurgien à l'abri des graves hémorrhagies qui surviennent parfois au cours de l'opération césarienne.

Faisons donc l'injection d'ergotine, mais sans espoir d'obtenir l'hémostase.

J'arrive au mode de suture. M. Delassus a placé cinq points de suture au catgut, à travers toute l'épaisseur de la paroi utérine, sans pénétrer dans la cavité de l'utérus.

Notre honoré confrère me permettra de n'être pas tout à fait de son avis sur la manière de suturer la matrice.

Il me semble très utile de placer deux rangées de suture pour fermer la plaie utérine, surtout si l'on se sert de catgut. Il est peut-être préférable d'avoir recours à des fils de soie et même dans ce cas il vaut mieux mettre des fils profonds et des fils superficiels. Si M. Delassus avait pris ces précautions, peut-être aurait-il évité la fistule utéro-cutanée et les accidents péritonéaux consécutifs.

Cette critique sur des questions de détail ne porte aucune atteinte à l'intérêt de cette observation et à la valeur de l'opérateur qui a réussi — proclamons-le — à sauver la mère et l'enfant, résultat assez satisfaisant pour permettre à l'heureux laparotomiste d'accepter mes commentaires sans aigreur.

Mais qu'il me soit permis de revenir sur différents problèmes qui se posent à la lecture de cette belle observation de M. Delassus.

En présence d'un bassin aussi rétréci chez une femme ayant des difformités considérables et un vagin étroit, n'était-il pas indiqué de supprimer toute possibilité de nouvelle grossesse ? N'y avait-il pas lieu de faire l'opération de Porro ou de compléter l'opération césarienne par l'ablation double des ovaires ?

La castration tubo-ovarienne ne complique guère l'opération césarienne et j'avoue que j'aurais été porté à enlever les annexes après avoir suturé l'utérus.

Je voudrais dire quelques mots sur l'infection péritonéale que l'opérée a victorieusement supportée.

Je dis qu'il y a eu infection péritonéale et non péritonisme, au sens que l'on attache ordinairement à ce mot.

L'infection s'est manifestée par la rapidité du pouls qui a augmenté de fréquence et a battu jusqu'à 140 fois par minute, par la douleur abdominale, par le ballonnement du ventre, etc. Le thermomètre ne s'est pas élevé alors que les autres signes de l'infection existaient : c'est la règle. Somme toute, cette malade a triomphé spontanément d'une infection péritonéale, et je suis du même avis que M. Delassus quand il insiste sur la nécessité d'assurer le libre cours des matières, après la laparotomie.

M. Delassus a publié un intéressant procédé de quadrillage



pour avivement des muqueuses et deux hystérectomies abdominales totales.

Messieurs, si j'ai quelque peu exercé mon droit de critique à propos de certaines opinions de M. Delassus, c'est assez vous montrer en quelle haute estime je tiens sa personne et ses œuvres. Permettez-moi de vous faire remarquer que notre confrère a été secrétaire-général de la Société des sciences médicales de Lille, ancien chef des travaux anatomiques et qu'il est maintenant professeur à la Faculté libre de Lille et chargé d'un dispensaire de gynécologie.

La valeur des travaux de M. Delassus et les titres qui lui sont échus me permettent de recommander la candidature de notre confrère à l'unanimité des suffrages de notre Société.

**Elections :** MM. Caubet, Tissier et Bureau sont élus membres correspondants nationaux.

M. S. Gache est élu membre correspondant étranger.

---

**Erratum.** — P. 444. Au lieu de MM. Caubet, Tissier et Bureau sont élus membres correspondants nationaux, lire : sont élus membres associés nationaux.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du jeudi 14 novembre 1895.*

Présidence de M. MAYGRIER, vice-président.

*Sommaire.* — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

*Correspondance :* Lettres de remerciements de MM. Tissier, Bureau, Caubet, reçus membres à la dernière séance.

*Ordre du jour.* — M. COROMILAS (de Calamata) : Deux cas d'atrésie congénitale de l'hymen. — M. PORAK : Observation d'une affection parasitaire non décrite de la langue chez un nouveau-né. — MM. PICHEVIN et A. PETIT : Métrorrhagie et lésions vasculaires de l'utérus. — MM. PICHEVIN et A. PETIT : Infection péritonéale chirurgicale, et en particulier avec les opérations sur les organes génitaux internes. — *Discussion :* MM. NITOT, PETIT, PORAK et PICHEVIN.

**D<sup>r</sup> COROMILAS, de Calamata : Deux cas d'atrésie congénitale de l'hymen.**

**OBSERVATION I.** — *Imperforation de l'hymen chez une fillette de deux ans.*

En mai 1890, je fus appelé par Madame V. pour examiner sa petite fille. En portant mon attention sur les organes génitaux externes, je constatai l'existence d'une couche épidermique qui fermait le canal vaginal ; je pratiquai une petite incision au milieu de cette membrane, qui était bien l'hymen, ainsi que je pus le constater.

**OBSERVATION II.** — *Imperforation congénitale de l'hymen chez une jeune fille de 17 ans. — Hématocolpos. — Opération en deux temps. — Guérison.*

Je fus appelé, en avril 1894, auprès de Mlle D., à Sparte, domestique, âgée de 17 ans, qui se plaignait des phénomènes sui-

vants : douleurs dans le bas-ventre, pollakiurie, troubles psychiques avec perte d'intelligence.

Je me contentai de palper l'hypogastre, ce qui provoquait des douleurs assez vives. Sans pousser plus loin mon examen, je me bornai à prescrire des onctions avec de l'onguent mercuriel belladonné et des diurétiques, recommandant le repos et une alimentation composée de lait et de bouillon.

Le 29 mai, appelé de nouveau, j'appris que la malade n'avait jamais eu ses règles et que depuis plus de 2 ans tous les 28 à 29 jours elle ressentait de très vives douleurs pendant cinq jours ; ces douleurs disparaissaient spontanément, mais augmentaient d'intensité de mois en mois.

J'examinai alors plus complètement la malade et je constatai l'existence au-dessus du pubis d'une tumeur constituée par la vessie distendue par l'urine, car la malade n'a pas uriné depuis 20 heures.

Les organes génitaux externes sont bien conformés ; mais j'aperçois entre les grandes lèvres une tumeur grosse comme une petite orange, polie, fluctuante. Je sondai la malade et retirai plus de 400 grammes d'urine. Une fois la vessie vidée, je constatai que l'hypogastre était douloureux à la pression, surtout à gauche. Je proposai ensuite l'opération, mais elle fut ajournée jusqu'au 4 juin pour des raisons de famille.

Le 4 juin, on amène la malade dans ma maison de santé : la face est pâle, la langue saburrale, le pouls fréquent, la température est de 37°9 ; le ventre est ballonné et l'hypogastre est très douloureux. Nausées, mais pas de vomissements. Pas de selles depuis cinq jours. Entre les grandes lèvres apparaît une tumeur de la dimension d'une grosse orange, au milieu de laquelle je fis une ponction avec un trocart de moyen calibre ; je retirai 250 grammes de sang noir et épais et j'injectais peu à peu 80 grammes d'eau boriquée 4 % chaude ; pansement avec un drainage fenêtré et du coton phéniqué. Je prescrivis en outre :

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| Acide gallique..... | 1 gramme. |
| Ergotine.....       | 2 gr. 50  |
| Eau.....            | 200 gr.   |

Une cuillerée à soupe toutes les 1/2 heures.

Compresses de vinaigre camphré sur l'abdomen.

A 1 heure du matin, je changeai le coton phéniqué qui était plein de sang.

Le lendemain matin, la garde me dit qu'elle a changé 6 fois le pansement depuis mon départ. Je trouve l'hypogastre beaucoup moins douloureux.

Après une injection vaginale d'eau boriquée, je fis une incision cruciale, par laquelle je pus introduire mon petit doigt dans le vagin et toucher le col de l'utérus que je sentis bien développé ; je constatai alors que cette membrane était l'hymen très épaissi ; injection vaginale, double drainage fenêtré, pansement antiseptique.

A midi, T. 38°. On donne 1 gr. de tannate de quinine.

Le soir, T. 38°2. Le pansement est plein de sang ; je fais des injections vaginales jusqu'à ce que l'eau ressorte du vagin absolument claire.

Le lendemain, T. 37°9. P. 100. Le pansement est moins souillé de sang que la veille. Injection boriquée. Je prescris :

|                           |               |
|---------------------------|---------------|
| Phénacétine.....          | 2 grammes.    |
| Opium pulv.....           | 0.12 centigr. |
| Bicarbonale de soude..... | 3 grammes.    |

En 12 paquets. Un toutes les heures. Le soir, T. 37°4.

A partir de ce jour, l'apyrexie fut absolue ; les douleurs hypogastriques diminuèrent. Je fis chaque jour une dilatation vulvo-vaginale.

Le 26 juin, les règles apparurent pour la première fois.

Depuis lors, la malade se porte parfaitement bien ; la menstruation se produit régulièrement tous les 26 à 28 jours.

#### **PORAK : Observation d'une lésion parasitaire non décrite de la langue chez le nouveau-né.**

Voici tout d'abord l'observation clinique telle qu'elle m'a été remise par M. Macé, interne de mon service.

B., fille D., entre le 10 octobre 1895 à la Charité et y accouche le même jour, à 5 heures du soir, d'un enfant du sexe féminin, pesant 1875 gr. et de 0,40 cm. de long. Malgré ce poids et d'après la date des dernières règles, des mouvements de l'enfant, cet enfant serait très voisin de son terme.

Nous trouvons du côté du placenta des altérations qui permettent d'expliquer le peu de développement de l'enfant. Il a, en effet, été relevé à ce sujet les remarques suivantes : La surface fœtale est de coloration, blanchâtre, le placenta est bordé par places. Les cotylédons recouverts par une couche épaisse de caduque blanchâtre, sont peu accentués. Par places, il existe de la dégénérescence lardacée de portions de cotylédons qui en ces points offrent une consistance beaucoup plus marquée que dans les points avoisinants, qui sont sains.

Cet enfant est né bien vivace. A cause de sa petitesse, il a été immédiatement mis en couveuse.

De 1,875 gr. il est descendu le 3<sup>e</sup> jour à 1,830 gr.

Du 3<sup>e</sup> jour au 9<sup>e</sup>, son poids a augmenté sans arrêt et le 9<sup>e</sup> jour il pesait 2,100 gr.

Le 10<sup>e</sup> jour, chute de 45 gr., qui met le poids de l'enfant à 2,055 gr.

Du 11<sup>e</sup> jour au 14<sup>e</sup> jour (jour de son départ), son poids a remonté, et il était de 2,180, le 24 octobre, jour de sortie.

Il a été nourri pendant tout ce temps par la mère, qui tirait son lait, qu'on lui faisait prendre au verre depuis le deuxième jour jusqu'au sixième. A partir de ce moment il tète la mère.

Un seul jour, le 15 octobre, il a eu des selles un peu vertes. Les jours suivants, l'enfant avait des garde-robes normales.

Le point plus intéressant de cette observation réside en ce fait que, le 4<sup>e</sup> jour, c'est-à-dire le 14 octobre, on a constaté sur la langue de petits éléments blanchâtres qui nous furent signalés par la mère.

On trouvait alors dispersées et au nombre d'une dizaine et surtout sur la partie postérieure de la langue, à sa face dorsale seulement, de petites taches blanchâtres, exhaussées, à reflet légèrement bleuâtres, à bords légèrement irréguliers et festonnés, sans que cette disposition fût très accentuée. Leur forme était pour la plupart un peu ovalaire.

Ces petites plaques adhéraient fortement à la langue. Elles résistaient au détachement par le doigt et au frottement avec un morceau d'ouate monté sur une pince.

Le 6<sup>e</sup> jour, 17 octobre, la plaque la plus antérieure est enlevée avec précaution avec un fil de platine et placée sur lamelles. Il faut piquer à la base de la plaque qui a une certaine épaisseur

pour arriver à l'enlever. Le grattage avec le fil paraît ne rien enlever de la plaque qui tient. La plaque soulevée laisse voir le tissu de la langue, qui est peut-être un peu plus coloré à ce niveau que dans les points voisins, mais sans que la différence soit très marquée. Il reste autour de cette surface légèrement rouge une petite collerette (?) épidermique.

Un premier examen est fait :

Le 8<sup>e</sup> jour, 18 octobre, un raclage de presque toutes les plaques est fait, et les portions enlevées servent à l'ensemencement sur gélose.



Le lendemain, les plaques ne se sont pas reproduites, et l'examen, renouvelé tous les jours, ne démontre pas leur réapparition. Il en reste cependant toujours quelques débris, surtout à la base de la langue. La mère veut absolument partir.

L'enfant, revu dans les premiers jours de novembre, vers le 5, ne présentait plus rien dans la bouche. La mère nous déclare

que depuis qu'elle est partie de la Charité, elle lave la bouche de sa petite fille à l'Eau de Vichy.

Les plaques enlevées ont été examinées au microscope et soumises à la recherche bactériologique par M. Perron, chef du laboratoire microbiologique.

Voici la note qu'il m'a remise :

L'examen direct d'un fragment de plaque écrasé entre deux lames et coloré par le violet de gentiane aniliné, montre : un très petit nombre de cellules épithéliales, un nombre relativement considérable de filaments mycéliens entre lesquels on voit de grands éléments ronds ou ovoïdes, atteignant, comme volume, les dimensions d'un globule rouge au moins ; ces éléments ont une membrane d'enveloppe incolore et un centre qui a pris fortement la couleur.

Après Gram et éosine, le mycélium s'est décoloré ; il a fixé l'éosine ; les éléments ronds sont restés violet foncé.

Des cultures furent faites sur gélose, sur pomme de terre, sur carotte, sur des tranches de citron.

Examinées après 24 heures à l'étuve, ces cultures ont toutes donné ces éléments analogues comme volume et réaction colorantes à ceux qu'avait montré l'examen direct. Sur gélose il n'y avait, à côté des colonies de la levure, qu'un petit nombre de colonies qui n'ont fourni que des saprophytes de la cavité buccale.

C'est sur carotte et sur citron que la culture était le plus abondante.

Dans tous ces milieux la levure reste à l'état d'élément arrondi, présentant parfois des figures de division d'autant moins nombreuses que la culture est plus âgée.

Sur carotte, des repiquages montrent que la levure se développe rapidement. Au bout de 24 heures, sur la strie d'ensemencement, on voit une série de colonies blanches, rondes, nettement isolées, du volume d'une tête d'épingle, saillante, à reflet onctueux.

Les colonies restent isolées pendant 48 heures, 3 jours, à 35°, puis elles se fusionnent ; mais l'ensemble de la culture reste mamelonné, et n'a pas l'aspect uniformément lisse et onctueux du muguet.

Les cultures en milieu liquide et particulièrement dans le li-

guide de Raulin, qui a servi à isoler l'élément à l'état de pureté, donnent après 3 jours de séjour à l'étuve des éléments caractéristiques. Grosses cellules de levure, très volumineuses, atteignant le volume d'un globule blanc ; bientôt ces éléments bourgeonnent et au bout de 4, 5 jours, on voit des filaments mycéliens sortir des cellules et végéter avec activité.

RÉFLEXIONS. — Au point de vue clinique, il s'agit bien d'une lésion spéciale de la langue. C'est la première fois qu'il m'est donné de la rencontrer. Elle est donc très rare.

Elle se différencie très nettement du muguet par l'étendue, par la coloration, par la forme des plaques, par leur adhérence à la muqueuse, par leur fixité et par l'absence de toutes repululations pendant les quelques jours où je l'ai examinée.

Je n'ai fait aucun traitement pour la modifier, et lorsque je me suis décidé à faire enlever les productions anormales pour en faire l'examen micrographique, elles ne se sont pas reproduites. Elles étaient très adhérentes à la muqueuse linguale et leur base d'implantation, dépourvue de papilles, était remarquablement lisse. A leur périphérie la réapparition de l'aspect vilieux de la muqueuse donnait à ce bord l'aspect d'une collerette.

Ces caractères cliniques me faisaient supposer qu'il s'agissait d'une lésion congénitale caractérisée par un épaississement considérable de l'épithélium. Mon sentiment me portait à repousser toute origine parasitaire de cette lésion.

L'examen fait par M. Perron est cependant venu contredire à cette opinion et démontre qu'il s'agissait bien d'une lésion parasitaire.

L'absence d'élément épithélial dans les plaques, leur constitution presque exclusive en une végétation cryptogamique donnaient à cette nouvelle interprétation une importance incontestable.

Pour affirmer encore davantage cette opinion, j'ai porté les pièces à M. le professeur Straus. Pour lui, il s'agissait bien d'une levure, d'une espèce très rare, et qu'il ne pouvait pas déterminer en un seul et rapide examen.

Depuis ce jour, j'ai fait, avec l'assistance de M. Durante, la recherche des levures qui existent dans la bouche de l'enfant.



Nous avons trouvé quelques éléments qui peuvent être rangés dans les levures. Aucun de ces éléments ne présentait les caractères de l'organisme décrit plus haut. Il semble donc bien spécifique et tenir sous sa dépendance la lésion que nous avons observée.

**MM. PICHEVIN et Auguste PETIT : Métrorrhagies et lésions vasculaires de l'utérus.**

J'ai l'honneur de présenter, au nom de M. Auguste Petit et en mon nom, quelques remarques sur les lésions vasculaires de l'utérus.

Les efforts les plus sérieux ont été faits dans ces dernières années pour élucider la pathogénie de certaines hémorrhagies utérines. Ce n'est pas le lieu d'énumérer toutes les causes qui ont été invoquées pour expliquer les pertes plus ou moins considérables de sang qui se font au niveau de la muqueuse utérine.

Dans quelques cas, force est de reconnaître que l'hémorrhagie est sous la dépendance de lésions ovariennes. Brennecke a décrit, il y a déjà assez longtemps, la « metritis hyperplastica ovarialis », et, tout dernièrement encore, le professeur Olshausen insistait sur ces hémorrhagies utérines qui résistent au curage et qui sont d'origine ovarienne.

Sans doute, on doit admettre cette pathogénie pour expliquer un nombre peut-être assez grand de métrorrhagies. Mais il ne faudrait pas trop généraliser cette conception. L'examen microscopique de l'utérus révèle parfois des lésions vasculaires assez notables pour donner la clé des hémorrhagies profuses qui se font à la surface externe de la matrice.

Voici le fait que nous avons observé :

T..., 41 ans, sans antécédents héréditaires, a eu en 1883 une fièvre typhoïde, qui semble avoir joué un certain rôle dans la maladie utérine dont cette femme est atteinte.

La menstruation a débuté à l'âge de 11 ans. Les règles, tout d'abord irrégulières, apparaissent toutes les six semaines, tous les deux mois, et durent trois ou quatre jours. T... se marie à 19 ans. La menstruation revient à époque fixe et dure huit jours.

La malade a eu cinq accouchements qui ne présentent rien de particulier à signaler, si ce n'est l'apparition d'une leucorrhée qui, discrète après la première couche, il y a dix-sept ans, augmente d'intensité à la suite de chaque accouchement.

En 1883, la malade eut une fièvre typhoïde et, après la guérison de cette maladie, des pertes hémorrhagiques très abondantes. Malgré ces pertes de sang, cette femme eut, en 1884, une bonne grossesse et un accouchement normal. La menstruation devint alors très irrégulière. Les métrorrhagies, très abondantes, durèrent quinze jours et ne laissèrent que deux semaines de répit à la malade.

Après une nouvelle couche en 1885, la menstruation devient régulière et n'a qu'une durée de huit jours. La leucorrhée persiste et est abondante. L'état reste le même jusqu'en 1887. Une grossesse, avec pertes de sang pendant les quatre premiers mois, survient à ce moment et est suivie, après les suites de couches, de métrorrhagies très marquées. Les époques furent régulières, presque normales, en 1889. La leucorrhée n'avait pas diminué. Mais en 1890, les troubles menstruels apparaissent encore et sont plus accentués. Les hémorrhagies utérines durent plusieurs semaines de suite et, dans un cas, ne s'arrêtent pas pendant trois mois. L'irrégularité des périodes cataméniales, l'abondance et la longue durée des hémorrhagies restent les mêmes, à quelques nuances près, jusqu'au 13 avril 1891. Une perte de sang commence à cette date et ne s'arrête qu'au 28 octobre 1891, c'est-à-dire pendant six mois et demi environ.

Un curage utérin est pratiqué à la Maternité le 1<sup>er</sup> novembre 1891. A l'époque menstruelle qui suit l'opération, il y eut une perte assez abondante de sang. Cependant, une amélioration est constatée dans l'état de la menstruation, qui est à peu près régulière jusqu'au mois de novembre 1892, c'est-à-dire pendant près d'un an. Mais de nouvelles métrorrhagies forcent la malade à un repos de deux mois. Cette femme se rétablit, recommence à travailler et, somme toute, elle n'a pas trop à se plaindre de l'état de sa menstruation jusqu'en juillet 1894. Mais, à cette époque, une hémorrhagie utérine abondante et prolongée survint, au grand désespoir de la malade. Le mois suivant, elle eut une nouvelle et profuse métrorrhagie, et les pertes continuent du mois d'août jusqu'en novembre 1894. A ce moment la malade est sou-

mise à notre observation. La perte n'a pas cessé, malgré le repos au lit, et ne s'arrête qu'au 8 décembre.

Utérus gros, large, épais; cavité utérine de 8 cent. 1/2. Col volumineux, évasé, pas mou. Matrice mobile, en situation normale. Rien aux annexes. Pas de signe de grossesse. Vagin très ample.

On diagnostique un utérus fibromateux.

Opération le 18 décembre 1894. Dès le premier coup de curette, il se produit une hémorrhagie si abondante qu'elle nous inquiète. La perte de sang ne s'arrête pas, malgré une abrasion rapide, profonde et vigoureuse de la muqueuse utérine. On fait rapidement l'hystérectomie, qui se présente dans les conditions les plus favorables. Les suites opératoires furent très simples. Cependant, à la fin de la deuxième semaine, on constata un peu de phlébite de la jambe gauche. Cet accident retarda un peu la guérison, qui fut complète.

La pièce était curieuse. Dans la cavité utérine existaient des caillots sanguins en assez grande abondance. La muqueuse ne semblait ni fongueuse, ni épaissie. En aucun point, il n'y avait trace de placentation.

Les parois utérines assez épaisses, triples au moins du volume normal, ne présentaient pas de trace de dégénérescence maligne. Il n'y avait pas de fibrome. L'utérus était de consistance normale.

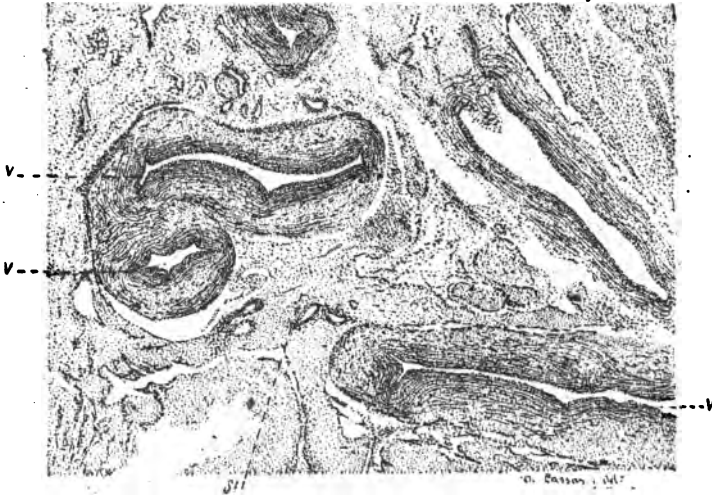
Voici le résultat de l'examen microscopique :

Les lésions les plus manifestes portent sur tous les vaisseaux sanguins; ceux-ci présentent deux ordres d'altérations, leur nombre est très augmenté et en même temps leurs parois ont subi un épaissement considérable; le tissu conjonctif périvascularaire est anormalement développé. Ces lésions sont d'ailleurs si accusées en certains points que le stroma est remplacé par des vaisseaux altérés; cette disposition est surtout évidente dans les couches moyennes, mais elle est encore très manifeste au voisinage de la cavité utérine et du péritoine.

Le stroma est imprégné par places d'îlots formés par des cellules embryonnaires; en outre, il est traversé par des faisceaux fibreux assez volumineux; enfin, on constate une augmentation dans le nombre des vaisseaux lymphatiques dont la lumière est agrandie.

Le tissu musculaire est remplacé en partie par l'élément conjonctif et par des vaisseaux.

ALTÉRATIONS VASCULAIRES DANS LA MÉTRITE



Coupe transversale de l'utérus. ( $\frac{1}{300}$ )

V. Vaisseaux sanguins.

St. Stroma.

Les altérations de ce genre n'ont pas été souvent signalées.

Bold a publié un cas rarissime d'angiome utérin dans l'*American Journal of Obstetrics*. Il s'agit là d'une véritable tumeur, ainsi qu'on peut le voir dans les planches qui accompagnent le travail de Bold.

Le cas de Wild et celui de Cornil doivent être rapprochés. Les lésions vasculaires sont remarquables, mais on est en présence de polypes utérins.

Il y a lieu d'éliminer les altérations vasculaires que l'on rencontre dans l'état puerpéral.

Les modifications des vaisseaux utérins dans la métrite n'ont pas été méconnues. Delbet, dans le *Traité de Chirurgie*, s'exprime dans les termes suivants :

Dans la métrite hémorragique des vieilles femmes, on rencontre la forme interstitielle pure ; chez les femmes jeunes, les lésions du stroma prédominent, mais les glandes ne disparaissent pas complètement.

On trouve naturellement dans cette variété une abondante prolifération vasculaire. Les vaisseaux de nouvelle formation, qui ne sont que des capillaires, présentent sur le corps une forme très irrégulière et atteignent un calibre relativement considérable. Ces vaisseaux sont en général très superficiellement situés près de la surface libre de la muqueuse et la plupart des culs-de-sac glandulaires sont au-dessous d'eux. Le grand nombre des vaisseaux, leurs dilatations, leur situation superficielle expliquent les hémorrhagies.

A cette description de Delbet se trouve annexée une planche représentant une métrite interstitielle hémorragique, d'après une préparation de Cazin.

L'observation que nous rapportons doit être comparée à celle qu'a publiée M. Quénu, dans un très intéressant mémoire, communiqué à la Société de Chirurgie, et auquel nous avons emprunté les indications bibliographiques précédentes, vérifiées, du reste, par nous dans le texte.

La muqueuse, dit M. Quénu, n'offrait aucune fongosité. Le tissu utérin non dégénéré présentait des glandes plutôt atrophiées. Le chorion était transformé en un tissu caverneux très rapproché de la surface et rappelant celui qu'on observe dans certaines structures hémorroïdaires ou encore dans la muqueuse urétrale de certaines femmes.

Dans le cas de M. Quénu, il s'agissait d'une femme de 31 ans, ayant eu deux enfants et présentant des pertes utérines abondantes et rebelles. Les métrorrhagies avaient résisté à un brosseage intra-utérin et à une cautérisation avec une solution de chlorure de zinc. L'électricité, le curage avaient été impuissants. L'abrasion de la muqueuse utérine avait été faite deux fois et, en dernier lieu, par M. Quénu, qui avait achevé l'opération par une cautérisation au chlorure de zinc au dixième.

L'insuccès de ces tentatives décida le chirurgien de l'hôpital Cochin à pratiquer une intéressante opération de préférence

à l'hystérectomie que contre-indiquaient l'âge de la malade (31 ans) et l'intégrité des annexes.

M. Quénu ouvrit le cul-de-sac vaginal antérieur et le cul-de-sac postérieur, fendit l'utérus en deux sur le milieu de la face antérieure : « Je pratiquai, au fur et à mesure de l'abaissement, l'excision de la muqueuse utérine dont il ne resta que deux petits entonnoirs, répondant chacun à l'orifice de la trompe. Le fond de l'utérus et la muqueuse qui le revêt furent respectés. »

Il faut insister sur ces altérations vasculaires qui expliquent la pérennité et la gravité de certaines métrorrhagies que l'on peut traiter, chez les sujets jeunes, par la chimicaustie intra-utérine ou par l'opération originale entreprise par M. Quénu. L'on est en droit de combattre ces graves hémorrhagies par l'ablation de la matrice, quand les femmes ont dépassé 40 ans et que les pertes ont résisté aux moyens conservateurs.

**MM. R. PICHEVIN et Aug. PETIT : De l'infection péritonéale chirurgicale, et en particulier après les interventions sur les organes génitaux internes.**

Voici, tout d'abord, l'observation qui a été le point de départ de nos recherches :

La nommée X..., âgée de 35 ans, est en proie à des hémorrhagies utérines abondantes, répétées et accompagnées de douleurs abdominales vives, ainsi que de troubles de la miction. On constate aisément l'existence d'un énorme fibrome utérin qui remplit le petit bassin et qui dépasse l'ombilic.

Cette tumeur est manifestement trop grosse pour que l'on puisse en tenter l'ablation par la voie vaginale. On se décide à faire l'hystérectomie abdominale totale.

Nous pratiquons une longue incision abdominale contournant l'ombilic. On saisit la masse fibromateuse avec une très forte pince de Museux dans le but de soulever la tumeur.

Le tissu utérin se déchire et les griffes de la pince ouvrent malencontreusement la cavité utérine. Il s'écoule rapidement une assez grande quantité de muco-pus dans le péritoine. On pince les ligaments larges de haut en bas, par la voie abdominale.

Le cul-de-sac antérieur est ouvert et l'utérus détaché sur les parties latérales. Nous passons ensuite par la voie vaginale et crevons le vagin derrière le ligament large en dehors du col. Le cul-de-sac postérieur proprement dit est respecté. Par le trou fait à la partie postéro-latérale du vagin, on fait passer un des mors d'une forte pince tandis que l'autre mors pénètre dans le cul-de-sac antérieur. La base de chaque ligament large ayant été ainsi saisie par une forte pince, on libère le col à droite et à gauche en coupant les tissus en dedans des pinces. L'utérus se trouve encore relié au vagin par l'insertion vaginale postérieure.

Une pince est glissée dans le cul-de-sac postérieur de façon à étreindre l'insertion vaginale postérieure. Un des mors entre dans l'ouverture faite à droite, en dehors et en arrière du col pour le passage de la pince qui étreint la base du ligament droit ; l'autre mors est introduit dans l'ouverture pratiquée derrière le ligament large gauche en dehors à gauche et derrière le col. Après avoir pincé les tissus vaginaux compris entre les deux branches de cette pince, on détache l'insertion vaginale postérieure du col.

On prend deux longues et solides pinces et on les glisse par le vagin dans la cavité péritonéale, en ayant soin de les placer en dehors des deux pinces abdominales qui faisaient l'hémotase de la partie supérieure des ligaments larges. Les pinces abdominales sont enlevées. Cette substitution de pinces vaginales avec pinces placées tout d'abord par l'incision abdominale se fait aisément. La malade ne perd pas une goutte de sang. L'incision hypogastrique est fermée.

L'écoulement de muco-pus dans la cavité péritonéale nous avait désagréablement impressionnés. Nous redoutions une infection, malgré les soins que nous avions mis à faire la toilette du péritoine et malgré le drainage vaginal.

Le 30 mars, au soir, 36°8 ; 88 pulsations et 33 respirations, facies bon, pas de soif trop vive, quelques vomissements peu abondants qui disparaissent dans la nuit.

Le 31, au matin, 37° ; 88 P. 36 R., facies pas trop mauvais, mais légèrement altéré. Pas de vomissements.

Le soir, 37°4. 88 P. 36 R., facies altéré, réapparition des vomis-

sements dans l'après-midi. Ils avaient disparu depuis plus de 12 heures. Soif vive. Peu d'urine.

1<sup>er</sup> juin (48 heures après l'opération). Le matin, 84 pulsations. Le pouls est bon, bien frappé, sans intermittence. T. 37°2. 38 R. Pas de douleurs abdominales, sensibilité au creux épigastrique, vomissements abondants et fréquents, liquide stomacal sale, grisâtre, laissant déposer des matières noirâtres sur le drap. Ballonnement du ventre marqué. Facies péritonéal des plus caractéristiques, soif, agitation ; un peu de délire la nuit.

Malgré la confiance que pouvait inspirer le pouls qui était bien frappé, régulier, et ne battait pas plus de 84 fois par minute, malgré l'absence de température, 37°2, la situation était des plus graves.

Le facies était si profondément modifié et si caractéristique que du premier coup d'œil on pouvait porter un pronostic des plus sévères.

La situation de la malade paraît fort compromise sinon désespérée par tous ceux qui voient l'opérée.

Le ballonnement du ventre, la barre épigastrique, la réapparition des vomissements qui étaient de véritables régurgitations, l'agitation de la malade, le délire nocturne, la fréquence des respirations — 36 respirations — alors que le pouls était à 84 et que le thermomètre ne dépassait pas 37°2, tous ces signes étaient l'indice d'une septicémie péritonéale suraiguë.

On enleva les pinces. Sur l'une des pinces de Doyen, dans la canelure centrale, on trouva une goutte de pus qui fut examinée immédiatement.

Ce pus contenait des quantités innombrables de micro-organismes.

Il n'y avait plus à hésiter. 47 heures après l'opération, on fit sauter toutes les sutures de la plaie abdominale, qui présentait un mauvais aspect.

Les anses intestinales distendues étaient parcourues par des arborisations vasculaires très marquées. Le péritoine pariétal à certains endroits présentait un piqueté violacé. L'intestin contenu dans le bassin était plus rouge que partout ailleurs. Il existait des traînées blanchâtres et quelques fausses membranes déjà épaissies et assez larges. On en enleva une qui a été conservée dans l'alcool et que nous vous présentons.



On trouvait une sérosité louche dans le petit bassin. Ce liquide sale était en assez grande abondance ; il occupait de préférence certaines parties de la cavité pelvienne, comme on pouvait s'en assurer au moment de l'injection par le tourbillonnement des matières sales, putrides, qui sortaient de l'intérieur du bassin.

On fait passer de 15 à 20 litres d'eau salée et d'eau boriquée, en ayant soin de bien laver tous les coins, toutes les anfractuosités. On s'assure de l'écoulement du liquide par le vagin.

La plaie abdominale est suturée très rapidement à l'aide de trois fils de soie.

On était bien persuadé de l'inutilité de cette tentative.

Dès le soir, il y eut un changement manifeste dans l'état général. La figure était meilleure. Les vomissements s'arrêtèrent complètement.

Le lendemain, le facies était encore plus satisfaisant et la détente était telle que la surveillante de la gynécologie, qui a une certaine habitude des suites des laparotomies, m'aborda en me disant : On peut chanter un *Te Deum*. Et en effet la malade était sauvée, comme on pouvait s'en convaincre par l'aspect extérieur de l'opérée, par la diminution du ballonnement, la cessation des vomissements, la possibilité de rendre spontanément des gaz et des matières par l'anus.

Au 9<sup>e</sup> jour, on constata un petit abcès localisé dans un point de la cicatrice abdominale, abcès qui évolua insidieusement, sans donner lieu à une réaction générale. Le pus de cet abcès fut examiné. Il contenait des staphylocoques blancs.

#### *Examen bactériologique.*

Le 2 juin 1895, les pinces sont enlevées ; on constate sur l'une d'elles de petits dépôts purulents.

On en fait immédiatement des lamelles ; celles-ci, colorées au bleu de méthylène, présentent :

- 1° Des cocci isolés mesurant en moyenne 1  $\mu$  ;
- 2° Des chaînettes de 3-4 cocci ;
- 3° Des diplocoques en petit nombre.

En même temps, ce pus sert à ensemercer des tubes d'agar-agar et des flacons de bouillon.

Le bouillon ne tarde pas à se troubler (24 heures) et dès le

lendemain il a un aspect trouble dû à un léger dépôt floconneux blanchâtre ; la réaction du bouillon est nettement alcaline, les cultures sur gélatine réussissent aussi bien dans la profondeur qu'à la surface de la gélatine.

Les cultures sur plaques de gélatine ne donnent naissance qu'à une seule espèce de colonies sphériques, qui liquéfient la substance nutritive (gélatine).

Examinées au microscope, les cultures pures sur plaques présentent 3 formes d'une même espèce :

- 1° des diplocoques très abondants ;
- 2° des courtes chaînettes (3-5 grains) ;
- 3° des grappes ;
- 4° des amas irréguliers.

Toutes ces formes sont sans exception constituées par de petits éléments sphériques mesurant en moyenne 1  $\mu$ . Ils prennent le Gram.

Comme propriétés physiologiques :

- 1° Pas de virulence sensible au début ;
- 2° virulence exaltée par massages successifs ;
- 3° péritonite et abcès sous-cutanés.

En somme, il s'agit exclusivement du *Staphylococcus pyogenes albus*.

Le sang de la malade ne présente pas de micro-organismes.

On retrouve les mêmes staphylocoques dans le liquide recueilli pendant le lavage péritonéal.

..

La notion de l'infection péritonéale après la cœliotomie n'était pas ignorée avant 1870, et Kœberlé avait bien compris les causes qui président à la genèse des péritonites post-opératoires. Son élève Sacy Stephanesco écrivait les lignes suivantes qu'il est bon de rapporter : « La stagnation du sang ou d'autres liquides dans le péritoine, et surtout le contact de corps qui ne sont pas propres avec les parties stagnantes et avec la séreuse abdominale sont les causes de la décomposition des liquides épanchés dans le péritoine et, par suite, des péritoni-

*tes septicémiques* qui enlèvent les malades en quelques jours... » Et Stephanesco croit que les succès obtenus par Kœberlé sont dus à la propreté minutieuse de son maître. Cette opinion n'est que la reproduction des doctrines de l'illustre gynécologue de Strasbourg.

Mais c'est à Wegner qu'appartient l'honneur d'avoir étudié expérimentalement, pour la première fois, en 1876, la septicémie péritonéale et d'avoir posé des conclusions qui ont été en grande partie confirmées.

Dix ans plus tard, Grawitz publie un mémoire d'une importance capitale.

En 1887, Pawlosky confirme certains faits publiés par Grawitz, mais est en contradiction avec cet auteur sur quelques points qui seront vivement discutés par d'autres expérimentateurs.

Laruelle étudie la péritonite qui est sous la dépendance du *Bacille coli* commune.

Bumm, dans un travail attaqué par un assez grand nombre d'auteurs, sépare — au nom de la clinique et de la bactériologie — les péritonites en deux classes : 1° les péritonites à *streptocoques* ou *infectieuses*, consécutives à l'accouchement, et 2° les péritonites à microbes variés, péritonites post-opératoires, péritonites *putrides*, *non infectieuses*.

Il faut citer les noms d'Alexandre Fraenkel et d'E. Fraenkel, de Waterhouse, de Burginsky dans la liste des expérimentateurs qui ont le plus contribué à faire avancer l'intéressante question des infections péritonéales.

La péritonite post-opératoire a été particulièrement étudiée par Bumm, Solowjeff et tout dernièrement Jayle a écrit une thèse que l'on doit consulter.

La péritonite est-elle toujours d'origine infectieuse ? Pas toujours. Schröder avait attiré l'attention sur des péritonites sans microbes. Pawlosky détermine des inflammations péritonéales à forme hémorragique avec des agents chimiques (huile de croton, etc.), et Eugène Fraenkel confirme ces expériences.

Tavel et Lanz publient un exemple de péritonite aseptique et Hartmann en fait connaître un autre. Ces faits sont absolument exceptionnels.

Dans l'immense majorité des cas, comme Wegner l'avait expérimentalement établi, les cas de mort qui se produisent après une laparotomie pour lésions des organes génitaux internes sont dus à une infection, et cette infection est sous la dépendance de germes qui sont transportés dans le péritoine.

Grawitz et son contradicteur, Pawlosky, s'accordent à reconnaître que l'introduction dans une *cavité péritonéale normale* ou « *cælome* » de microbes non pyogènes n'entraîne aucune conséquence fâcheuse ; cependant, si le pouvoir de résorption du péritoine est aboli, ces micro-organismes peuvent donner naissance à une intoxication putride.

Quelle était la cause de ces morts rapides, foudroyantes qui survenaient après les opérations abdominales ? On ne trouvait pas de lésions péritonéales et on disait que la terminaison funeste était due au shock opératoire. Sans doute le shock opératoire existe, mais il est infiniment plus rare qu'on le dit et on met sur son compte des désastres qui doivent être imputés à la septicémie. Wegner, en effet, montre les relations qui existent entre les lésions péritonéales peu accusées et l'infection rapide. Pawlosky précise davantage et déclare que dans la péritonite suraiguë ou mycotique les lésions macroscopiques n'existent pas ou sont peu marquées, alors qu'on trouve des micro-organismes extrêmement nombreux dans la séreuse. Bumm et après lui presque tous les expérimentateurs mettent en lumière cette notion primordiale : infection péritonéale suraiguë ou aiguë sans lésions macroscopiques.

D'autre part, Wegner complète cette notion par l'affirmation d'un autre fait qui ne fut pas sans jeter quelque trouble dans l'esprit de certains chirurgiens : l'évolution *lente* de l'inflammation péritonéale aboutit à la transformation purulente. Pawlosky développe la même idée et montre, à côté de l'infection péritonéale suraiguë, mycotique, sans lésions apparentes, une forme fibrino-purulente qui est l'indice d'une infection moins rapide, et une forme nettement purulente, la plus lente des péritonites ou même le dernier terme des inflammations péritonéales. Bumm, Alex. Fraenkel, Burginsky, etc., confirment ces données expérimentales.

Le pus est la preuve de la résistance de l'organisme, le témoin d'une phagocytose parfois intense, mais non victorieuse.

La péritonite purulente, contrairement à l'opinion régnante parmi les praticiens, n'est pas synonyme d'infection suraiguë, essentiellement grave, fatalement mortelle. Mieux vaut être en présence d'une péritonite purulente que d'une infection péritonéale suraiguë, à forme mycotique. En somme, la péritonite purulente est une péritonite à germes atténués, moins grave, plus curable que la péritonite mycotique de Pawlosky.

Ainsi s'explique et se comprend l'opinion que Lawson Tait exprimait, en 1886, lorsqu'il était question de ses résultats opératoires : « Quant aux péritonites suppurées, je dois en parler dans les termes d'une inqualifiable satisfaction. » Il suffit de parcourir la statistique de M. Bouilly et celle colligée par Riobanc pour avoir la conviction que l'opinion de Lawson Tait, si paradoxale qu'elle semblait être en 1886, était l'expression de la vérité.

\*  
\* \*

*Injection de microbes pathogènes (staphylocoques blancs) dans le cœlome normal.*

Le pus trouvé sur la pince fut injecté dans le cœlome d'un cobaye. Un bouillon de culture de staphylocoques blancs et du pus recueilli au niveau de la cicatrice abdominale furent introduits dans la cavité péritonéale de deux souris. A la suite de ces expériences, les animaux restèrent en parfait état et il n'y eut aucune inflammation péritonéale.

*L'injection de pus à staphylocoques blancs ou de cultures pures de ces mêmes micro-organismes dans une cavité péritonéale normale est inoffensive. Il n'y a pas de péritonite.*

Ces expériences viennent à l'appui de l'opinion de Grawitz, de Reichel, de Orth, de Waterhouse et Burginski.

On sait que Bumm a divisé à tort les péritonites en péritonites infectieuses ou à streptocoques et en péritonites chirurgicales ou putrides.

Si, dit cet auteur, on injecte dans le cœlome une goutte de liquide prise dans le péritoine d'un individu qui a succombé

à la péritonite à streptocoque ou infectieuse, l'animal en expérience meurt en 24 heures. Mais, d'après Bumm, l'injection de cultures pures des microbes de la péritonite chirurgicale ou putride ne donne lieu à aucune réaction. Les germes disparaissent. En somme, Bumm adopte en partie les conclusions de Grawitz. L'injection des micro-organismes de la péritonite *post-opératoire* dans le cœlome normal n'est pas suivie d'infection.

Mais s'il s'agit du pus de la péritonite dite par lui infectieuse ou à streptocoques, Bumm a une opinion opposée à celle de Grawitz, de Reichel, de Waterhouse et un avis conforme à celui de Pawlosky.

Ce dernier bactériologiste affirme que l'introduction de microbes pathogènes et en particulier de staphylocoques dorés dans le cœlome normal produit une péritonite, alors même que les germes sont injectés en petite quantité. Les expériences de Pawlosky sont donc, sur ce point, en contradiction flagrante avec celles de Grawitz et des autres auteurs cités plus haut. Alex. Fraenkel professe que les animaux qui reçoivent des micro-organismes pathogènes dans le péritoine sont toujours plus ou moins malades. Il meurent dans un certain nombre de cas. Dans d'autres ils résistent à l'infection et en triomphent, après avoir présenté des symptômes morbides.

Si opposés en apparence que soient les résultats des expériences publiées par Grawitz et par Pawlosky, il y a lieu de chercher l'explication de cette contradiction et de trouver dans les conditions expérimentales la cause des divergences des deux bactériologistes. Quoi qu'il en soit, il faut admettre que le péritoine sain se défend énergiquement et quelquefois victorieusement contre des germes pathogènes.

\*  
\*\*

#### *Conditions qui favorisent l'infection.*

Si les staphylocoques blancs sont incapables de produire une péritonite quand on les dépose dans un cœlome normal, il restait à savoir comment se comporteraient ces mêmes

micro-organismes lorsqu'on aurait créé des conditions qui favorisent l'infection.

*A. Injection de sang et d'une culture de staphylocoques blancs dans le cœlome.*

Nous avons injecté cinq centimètres cubes de sang et la même quantité d'une culture pure de staphylocoques, sur agar-agar, dans le péritoine de nos animaux. La mort survint le quatorzième jour. Il existe une péritonite généralisée des plus manifestes (exsudats fibrineux, adhérences intestinales).

Les cultures pures de staphylocoques blancs, mises dans le péritoine de nos animaux, n'avaient produit aucune infection. Ces mêmes cultures, auxquels on avait ajouté 5 centimètres cubes de sang, avaient provoqué une péritonite mortelle en 14 jours.

Grawitz, Bumm, Waterhouse, Reichel, Orth, Pawlosky sont d'accord pour reconnaître que la stagnation dans le péritoine des liquides envahis par les germes pathogènes constitue un milieu de culture favorable à la multiplication des micro-organismes et par suite au développement de l'infection.

Un expérimentateur injecte dans le péritoine d'un animal une petite quantité de germes pathogènes. Aucune réaction ne se manifeste. Il dépose dans le cœlome d'un autre animal 5 centimètres cubes d'agar-agar et la même quantité de germes pathogènes qu'il avait injectée dans le péritoine de l'animal précédent. Dans le second cas, on constata une péritonite. Waterhouse répéta la même expérience, mais en remplaçant l'agar-agar par du sang. Le résultat fut le même.

Il y a donc intérêt à enlever tout le sang épanché dans le péritoine et à faire une hémostase parfaite, au cours des opérations abdominales.

De nos expériences, on peut conclure que l'*injection de sang et d'une culture de staphylocoques sur agar-agar* dans le cœlome donne naissance à une péritonite mortelle. On peut ajouter, avec les auteurs qui viennent d'être cités, que la stagnation du sang, la présence des milieux de culture dans le péritoine envahi par des germes pathogènes, favorise le développement de l'inflammation de la séreuse.

*B. Rôle des lésions péritonéales.*

La production des lésions péritonéales facilite singulièrement l'éclosion de la péritonite. Nous avons tué en 5 jours un lapin en injectant dans son péritoine des staphylocoques blancs, du sang, en grattant la séreuse avec un scalpel et en touchant d'autres points du péritoine avec une baguette trempée dans la térébenthine.

Déjà Wegner, en 1876, avait indiqué le rôle des lésions péritonéales dans le développement de la péritonite. Grawitz insiste sur l'influence de l'irritation de la séreuse abdominale dans le développement de l'infection péritonéale, pourvu qu'il y ait des germes pathogènes dans le cœlome. Cet expérimentateur démontre qu'un lapin supporte bien une injection de 2 centimètres cubes d'un liquide caustique. Pawlosky confirme ce résultat et montre qu'après une infection caustique en faible quantité dans le cœlome, les germes pathogènes introduits quelque temps après dans le péritoine ne tardent pas à produire une infection péritonéale.

Watherhouse, Orth et d'autres microbiologistes arrivent aux mêmes conclusions.

Une autre question se pose. Toute lésion péritonéale un peu sérieuse est-elle de nature à produire une infection, quand il existe dans le cœlome des germes pathogènes ?

Nous avons créé des lésions péritonéales et nous avons introduit dans le cœlome un bouillon de culture et de staphylocoques blancs. Parfois il y avait consécutivement une péritonite. Dans d'autres cas, on ne constatait aucune inflammation péritonéale. Nous ne sommes donc pas de l'avis de Grawitz, qui affirme que l'infection péritonéale est fatale toutes les fois qu'il y a lésion de la séreuse abdominale et présence de micro-organismes pathogènes. Reichel s'élève contre l'opinion de Grawitz.

Tous les auteurs pensent que les lésions péritonéales sont des conditions favorables à la genèse de la péritonite. Waterhouse, Tavel et Lanz vont plus loin et croient que, dans la majorité des cas, des lésions péritonéales préexistantes sont nécessaires pour qu'il y ait infection.



Nos expériences sont à l'encontre de l'opinion de Waterhouse. Nous avons produit des lésions péritonéales minimales dans certains cas (piqûre de la séreuse pour injecter des staphylocoques), et nous avons assisté au développement d'une inflammation de la séreuse abdominale. Les lésions péritonéales, l'irritation du péritoine ne semble pas être une condition *sine qua non* du développement de la péritonite.

..

*Défense du péritoine normal comparée à la phagocytose dans le tissu cellulaire.*

De nos expériences et de celles de nombreux observateurs il ressort que le péritoine sain se défend énergiquement contre l'invasion des germes pathogènes. C'est un fait bien connu.

Nous avons constaté qu'une certaine quantité de culture pure de staphylocoques blancs injectée dans un cœlome normal ne donnait naissance à aucune inflammation péritonéale, tandis que la même dose de culture de staphylocoque insérée sous la peau d'un animal de même taille et de même espèce produisait un abcès.

Chez notre malade nous avons constaté, vers le 7<sup>e</sup> jour, un abcès de la paroi abdominale. Cet accident se voit quelquefois chez des laparotomisées qui n'ont présenté aucun symptôme d'infection péritonéale. On est en droit d'admettre que dans ces cas les micro-organismes pathogènes ont été résorbés par le péritoine sain, qui n'a pas eu à souffrir de la présence de ces hôtes dangereux, tandis que dans le tissu cellulaire la phagocytose n'a pas été assez intense pour éviter la production d'une infection locale, d'un abcès.

*Du degré de virulence des germes pathogènes et en particulier des staphylocoques blancs.*

Comment peut-on expliquer les expériences contradictoires de Grawitz et de Pawlosky, sans parler des bactériologistes

qui ont défendu les opinions réciproques des deux adversaires ?

Nos expériences ont mis en lumière un fait qui n'est pas sans importance ; nous voulons parler de la variation de virulence des germes pathogènes (Staphylocoques blancs) qui représente aux yeux de Burginski un des facteurs déterminants de la péritonite.

Tandis que des injections faites dans le tissu cellulaire avec du pus provenant de la cavité abdominale de notre malade n'étaient pas toujours suivies de la production d'un abcès, tandis que les résultats étaient tantôt positifs et tantôt négatifs quand on inoculait sous la peau un bouillon de culture de staphylocoques blancs, il n'en était plus de même quand nous avons fait passer les micro-organismes pathogènes sous la peau de plusieurs animaux.

Un cobaye mort de péritonite fut autopsié. On reconnut qu'il n'existait que des staphylocoques blancs dans la cavité péritonéale. Ces germes pris dans le péritoine furent injectés sous la peau d'un cobaye. Trois jours après, l'existence d'un abcès était constatée. Du pus est recueilli et introduit sous la peau d'un autre cobaye qui devient rapidement malade, présente un abcès plus volumineux et dans un temps plus court. Un troisième cochon d'Inde reçoit dans le tissu cellulaire sous-cutané le pus du précédent cobaye. Les phénomènes réactionnels sont plus marqués, la collection se forme plus vite et présente des dégâts plus considérables.

Ces staphylocoques blancs à virulence exaltée ont été introduits dans la cavité péritonéale de plusieurs animaux (cobayes et lapins). La mort survint en moins de 20 heures et on releva à l'autopsie les signes d'une péritonite très intense. L'inflammation de la séreuse était manifeste chez les lapins quatre heures après l'introduction des germes. Les micro-organismes qui ne tuaient les animaux qu'au bout de 14 jours déterminent une péritonite mortelle en moins de 24 heures, quand on a soin de les faire passer au préalable sous la peau de plusieurs animaux.

Enfin, l'injection de staphylocoques *très virulents* peut déterminer dans un cœlome normal une péritonite et cela sans lé-

sions préalables ni adjonction de milieux nutritifs (sang, bouillon, etc...)

Ces faits confirment l'hypothèse émise par Reichel qui se demandait si les résultats dissemblables obtenus par Grawitz et par Pawlosky n'étaient pas dus à la différence de virulence des germes dont s'étaient servis les deux remarquables expérimentateurs.

Nous constatons que Burginsky dans ses remarquables recherches est arrivé aux mêmes conclusions que nous. Nos expériences sont identiques, les résultats sont absolument les mêmes.

Si Pawlosky déterminait une péritonite en injectant dans le cœlome normal des germes pathogènes en petite quantité, c'est que les micro-organismes étaient doués d'une virulence exaltée. Grawitz, au contraire, se servait de germes moins virulents.

#### *Germes de la péritonite chirurgicale.*

Dans trois cas d'infection péritonéale, nous avons trouvé deux fois des staphylocoques blancs et une fois des staphylocoques blancs combinés à des streptocoques.

Bumm a divisé les péritonites en deux classes, comme nous l'avons dit : les péritonites contagieuses ou à streptocoques et les péritonites putrides, à micro-organismes variés (bacilles de longueur et d'épaisseur différentes, et cocci de grosseurs diverses, quelques cocci en chaînettes).

Cette division tranchée a été à juste titre battue en brèche par Prédolh et par Eugène Fraenkel. Ce dernier a montré que la péritonite à streptocoque et à staphylocoque peut devenir une péritonite putride, au sens de Bumm.

Eugène Fraenkel a trouvé, dans un cas, des streptocoques avec des bacilles indéterminés ; dans un second cas, il y avait seulement des streptocoques.

Au dire de Prédolh, trois fois on trouva des streptocoques isolés et une fois des coques et des bâtonnets.

Tavel et Lanz ont rencontré, d'après Jayle, une association de streptocoques, de staphylocoques, de pneumocoques et de bacilles ne prenant pas le Gramm.

Solowjeff a signalé la présence de streptocoques et d'autres microbes non pathogènes.

Jayle a fait le dénombrement des cas qu'il a étudiés :

|                                           |         |
|-------------------------------------------|---------|
| 1° Streptocoque seul.....                 | 1 fois. |
| — associé au staphylocoque.....           | 3 fois. |
| — à microcoques indéterminés.....         | 1 fois. |
| — au coli.....                            | 1 fois. |
| — au coli et à microbes indéterminés..... | 1 fois. |
|                                           | <hr/>   |
|                                           | 7 fois. |
| 2° Staphylocoque seul.....                | 4 fois. |
| — et coli.....                            | 1 fois. |
| Bactérium coli seul.....                  | 1 fois. |
| Vibron septique seul.....                 | 1 fois. |
|                                           | <hr/>   |
|                                           | 7 fois. |

Il y a lieu de signaler ce fait dans la statistique de Jayle, c'est que sur 14 examens bactériologiques, le staphylocoque fut trouvé 4 fois à l'état isolé.

Les quatre malades ont guéri. Nous rapportons deux exemples d'infection péritonéale staphylococcienne, et dans les deux cas les opérés n'ont pas succombé.

Contrairement aux affirmations de Bumm, la péritonite chirurgicale peut être due exclusivement soit à des streptocoques, soit à des staphylocoques. Ces deux espèces de micro-organismes peuvent se rencontrer avec d'autres germes dans l'infection péritonéale post-opératoire.

### *Symptomatologie.*

Malgré les efforts faits par Bumm pour fixer le type clinique de la péritonite à streptocoques et celui de la péritonite putride, chirurgicale, il faut reconnaître qu'il est impossible à l'heure actuelle de différencier nettement les symptômes qui appartiennent à une infection streptococcienne de ceux qui sont sous la dépendance d'autres micro-organismes pathogènes.

Ce sera l'œuvre de l'avenir de déterminer par l'association de l'examen bactériologique et de la clinique les caractères propres à la péritonite à streptocoques, à l'infection

staphylococcienne, à la péritonite produite par la combinaison soit du staphylocoque, soit du streptocoque, avec des micro-organismes variés. Il faut citer le travail récent de Jayle avec lequel nous nous trouvons d'accord sur plus d'un point.

L'étude de la température ne peut suffire pour faire le diagnostic de l'origine bactériologique de la péritonite : l'infection staphylococcienne, par exemple, pouvant être apyrétique ou s'accompagner d'une élévation thermique considérable. Cette différence dans l'évolution clinique est peut-être due à la virulence variée des mêmes germes, à la combinaison de divers micro-organismes ou à l'état de l'organisme plus ou moins résistant.

Le tableau de l'infection péritonéale n'est pas facile à tracer, parce qu'il est fort variable.

Dans des cas exceptionnels, la mort survient en 8, 10, 12, 24 heures, sans qu'on ait le droit d'imputer cette terminaison funeste au shock. Il y a infection suraiguë.

L'opérée ne se réveille pas facilement après l'intervention qui, d'ordinaire, a été longue, pénible et pendant laquelle on a dû ouvrir des poches purulentes, décoller l'intestin qui adhère aux annexes malades sur une large surface.

Le facies est pâle, altéré ; les traits étirés ; le pouls, très fréquent, bat avec force ; il y a de l'agitation, du subdélire dans la nuit. Dès les premières heures, le thermomètre monte à plus de 39 degrés ; il y a souvent des vomissements de nature variable que l'on attribue volontiers à l'agent anesthésique, et la mort, dont parfois la malade a le pressentiment, termine cette scène douloureuse.

Il n'en est pas souvent ainsi. Les accidents évoluent d'ordinaire avec une rapidité moins effrayante, et c'est vers la fin du 3<sup>e</sup> jour ou plus fréquemment au 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> jour, que la terminaison a lieu.

Ici, ce qui domine le tableau pathologique, c'est la fréquence du pouls, l'altération de la face ; là c'est l'élévation brusque de la température accompagnée de vomissements qui, après avoir cessé quelques jours après l'opération, réapparaissent de nouveau ; ailleurs c'est le pouls qui est fréquent, la température qui reste autour de 38 et on constate un léger subdelirium que l'on doit considérer comme l'indice d'une infection

Cette symptomatologie un peu protéiforme mérite d'être fixée dans ses points essentiels et force est d'analyser chaque symptôme en indiquant les changements et les nuances qui peuvent être utiles au diagnostic.

Il est un certain nombre d'erreurs qu'il faut se hâter de détruire si l'on veut reconnaître l'infection péritonéale au moment où elle est encore curable.

Si on se laisse guider par les indications que donnent le thermomètre, on risque de se tromper dans un bon nombre de cas. La péritonite post-opératoire qui évolue et tue en 4, 5 ou 6 jours ne se manifeste souvent que par une élévation thermique insignifiante.

Dans les 2 ou 3 premiers jours la température axillaire, prise avec le plus grand soin, ne dépasse pas 37°5. La sécurité que donne le thermomètre est trompeuse, et mieux vaut que le thermomètre s'élève à 38, 38°2 que de le voir avec 37°2, tandis que le pouls bat 130 fois à la minute.

Néanmoins, si l'opérée a une température élevée (au-dessus de 38°2) dans les 24 ou 48 heures qui suivent l'opération, quand cette élévation thermique marche de pair avec un pouls petit, fréquent, il y a lieu de se défier et de chercher d'autres signes qui peuvent aider à faire un diagnostic précoce.

Il ne faut donc accorder aucune confiance à l'apyrexie des deux ou trois premiers jours.

Le *pouls* est un guide autrement précieux dans l'appréciation de l'état de l'opérée.

Un pouls petit, fréquent, est souvent l'indice d'une infection péritonéale. Sans doute quand les malades ont perdu une certaine quantité de sang, les pulsations peuvent être fréquentes sans qu'il y ait réaction péritonéale. Mais quand dès le premier soir le pouls est à 110, 120 ; quand le lendemain matin ce chiffre est dépassé, quand plus tard il y a 140 pulsations, l'état est sérieux.

On voit guérir parfois des malades qui ont eu le pouls faible, dépressible, battant 140 fois et plus, mais c'est là un fait rare.

Les pulsations sont-elles de plus en plus nombreuses ; au contraire, diminuent-elles de fréquence à mesure que l'on s'éloigne du jour de l'opération, on est en droit de penser que la

situation s'améliore dans le premier cas, et qu'elle s'aggrave dans le second.

L'irrégularité du pouls est un facteur de grande importance et qui permet de porter un pronostic extrêmement sévère alors que les autres signes n'indiquent pas la gravité de la situation.

Parfois le pouls bat à 120-130 sans qu'il y ait infection péritonéale. Cette fréquence de pulsations ne s'accompagne pas d'élévation thermique. Le pouls est fréquent, plein et fort. Le facies pas altéré. Au bout de quelques jours un abcès apparaît au niveau de la plaie abdominale.

Il est certain que le pouls est un élément très important de diagnostic. Un pouls qui bat 120, 130, 140 fois et davantage est très souvent un signe de péritonite. Des malades ont guéri alors même qu'elles avaient eu 150, 160 pulsations. Mais il est extrêmement probable que dans beaucoup de cas il y a eu une infection péritonéale dont le malade a triomphé.

Il ne faut pas croire que l'infection péritonéale s'accompagne invariablement d'une augmentation considérable du nombre des pulsations. S'il est vrai que dans la grande majorité des cas le pouls dépasse 110 quand la péritonite est manifeste, j'ai pu constater deux fois l'existence d'une inflammation péritonéale intense, alors que le pouls ne dépassait pas 90 pulsations.

La respiration doit être étudiée avec soin. Il faut se défier de la fréquence des mouvements respiratoires. Quand ceux-ci dépassent le chiffre de 35 par minute, la situation est ordinairement sérieuse.

Parfois il existe des crises d'étouffements ; dans d'autres cas, la respiration est irrégulière.

La fréquence des mouvements respiratoires coïncide chez certaines opérées avec la rapidité du pouls et une élévation thermique.

Plus souvent la température reste à peu près normale, alors qu'il y a parallèlement exagération des pulsations et de la température.

Le thermomètre peut s'élever assez sensiblement en même temps qu'il y a fréquence du pouls, et cependant les mouvements respiratoires sont inférieurs à 35. Ces faits sont rares.

Enfin — l'observation que nous avons publiée en est un exemple — il existe parfois une dissociation du pouls et de la respiration. Il y a 90 pulsations et la respiration dépasse 30, 35 et atteint 40. Cette dissociation du pouls et de la température est l'indice d'une infection sérieuse.

**Vomissements.** — Il existe dans la majorité des cas des vomissements. Il ne faut pas confondre les vomissements dus à l'anesthésie avec les vomissements qui sont sous la dépendance d'un état inflammatoire du péritoine. L'erreur est facile dans les 2 premiers jours, lorsqu'il aurait un grand intérêt à savoir si le vomissement est ou non attribuable au chloroforme ou à l'éther. Chez quelques opérées, les vomissements d'origine anesthésique cessent au bout de 6 ou 12 heures et, après une période d'accalmie, d'autres vomissements — ceux-là dépendant d'une inflammation péritonéale — apparaissent.

Ces vomissements sont rarement porracés verdâtres ; parfois, à la fin de la vie, vers le 5<sup>e</sup> jour, ils ont une odeur fécaloïde. D'ordinaire les vomissements sont fréquents, abondants, et les malades rendent par régurgitation des quantités plus ou moins considérables d'une eau un peu sale avec des substances un peu noirâtres.

La septicémie péritonéale aiguë peut se terminer par la mort sans que le malade ait eu des vomissements. Le fait est peu fréquent.

Parfois le vomissement de retour est le premier signe de l'infection.

*Le hoquet* qui apparaît hâtivement est un signe grave.

*La soif*, qui s'observe assez fréquemment au cours de la maladie, n'est pas un symptôme de début et n'a que peu d'importance. La sécheresse de la langue est de mauvais augure. La constipation est la règle, mais ne constitue pas un élément de diagnostic. Par contre, quand la malade va à la selle spontanément, c'est plutôt un signe favorable.

*Les douleurs* abdominales existent, assez fréquemment, mais elles ne sont pas la règle. Mais les malades accusent assez souvent une certaine sensibilité au niveau du creux épigastrique : la *barre épigastrique* nous a paru être le plus souvent la preuve d'une grave infection péritonéale. Cette barre



s'accompagne fréquemment d'un gonflement abdominal qui peut être modéré ou au contraire très marqué.

*Ce tympanisme* a une signification que l'on ne saurait méconnaître. Malheureusement il est trop souvent tardif et apparaît quand les lésions sont très avancées. Néanmoins il est parfois précoce et quand il se montre de bonne heure avec d'autres symptômes, comme vomissements abondants, rapidité extrême du pouls, etc., il peut être d'un grand secours pour le diagnostic.

*L'agitation*, le subdélire nocturne doivent attirer l'attention sur la gravité de la situation. Au contraire, si l'opérée a passé une nuit calme, si elle a dormi, si elle est reposée, tranquille dans son lit, on peut avoir confiance. Néanmoins il ne faudrait pas trop s'y fier. Une infection grave est parfois établie, tandis que par un singulier contraste la malade est calme et semble tout à fait bien.

Mais ce qui doit être étudié avec le plus de soin, c'est le facies qui se modifie parfois avec une rapidité extrême sous l'influence de l'infection péritonéale.

Alors que tous les signes de péritonite sont absents, alors que le pouls et la température n'inspirent aucune inquiétude, alors qu'il n'y a ni vomissements ni ballonnement du ventre, la physionomie peut présenter déjà des changements qui n'échappent pas à l'observateur attentif. Le facies est altéré et reflète les progrès et les dangers d'une intoxication grave. Parfois la figure n'a pas l'expression péritonitique, mais présentes les traces d'un amaigrissement sensible et survenu en quelques heures.

On ne saurait trop insister sur l'étude de la physionomie pour déceler les premiers processus de la septicémie. Il est bien exceptionnel que la péritonite suraiguë s'établisse sans que le facies porte l'empreinte de la grave infection de l'organisme. Le pouls peut être petit et fréquent, la température s'élever à 38, 38°5, si la physionomie est calme et reposée; si elle n'a pas subi de modifications bien nettes, il y a lieu d'espérer que l'inflammation péritonéale n'existe pas.

En somme, ce n'est jamais sur la présence ou l'absence d'un seul signe qu'il est possible d'établir ou de rejeter le diagnostic de l'infection péritonéale chirurgicale. L'ensemble

des symptômes doit être envisagé pour établir ce diagnostic. Interrogez le pouls, la respiration, examinez le ventre, inquiétez-vous d'une élévation de température, mais ne vous endormez pas dans une fausse sécurité, s'il y a apyrexie ; demandez s'il y a des vomissements et distinguez ces vomissements de ceux du chloroforme, et surtout soyez attentif aux changements que subit le facies.

Vous trouverez des éléments suffisants pour dépister une péritonite qui est déjà avancée, quoique les manifestations cliniques soient si peu marquées qu'on puisse douter de l'existence de l'inflammation de la séreuse abdominale.

*Pronostic.* — Le pronostic de l'infection péritonéale post-opératoire est considéré, avec juste raison, comme très grave. Terillon les regardait comme étant au-dessus des ressources de l'art. Albert professait la même opinion.

Il y a là une exagération évidente. L'expérience a surabondamment démontré que ce pronostic était beaucoup trop sévère. Il y a même plus, certaines infections péritonéales post-opératoires guérissent et guérissent spontanément.

Mais ce serait une erreur grave de pratique que de compter sur les seules forces de la nature pour arrêter la marche de l'infection. Il y a donc lieu d'intervenir dans certains cas.

*Indications et contre-indications.* — Faut-il attendre la transformation purulente d'un épanchement sanguin pour opérer ? Nullement. Kœberlé, dès 1867, disait nettement :

Il n'est même pas nécessaire, comme l'a écrit Bouilly, qu'il y ait un épanchement péritonéal pour que l'on soit autorisé à ouvrir le ventre dans le cas d'infection.

Dès que le diagnostic de l'infection est nettement posé, dès que la vie de l'opérée est en danger, il faut agir et agir promptement. L'intervention, pour être efficace, doit être précoce.

Dans les cas douteux, l'examen de la sérosité péritonéale est d'un puissant intérêt. On peut reconnaître ainsi la réalité de l'infection.

Si le drainage a été fait soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, on peut aisément se procurer du liquide péritonéal. Duret, quand il constate les signes de la péritonite et

l'existence d'un foyer dans le petit bassin, n'hésite pas à évacuer par aspiration le liquide septique. Dans le cas que nous avons rapporté, une goutte de pus trouvée sur une pince permit de reconnaître l'existence de nombreux micro-organismes et nous décida à intervenir.

L'examen du sang a-t-il un intérêt pratique ? Il faut avouer que non.

Le sang de notre malade ne contenait aucun micro-organisme.

On peut se demander si la présence ou l'absence des micro-organismes dans le sang ne peut pas fournir un élément d'appréciation sur la gravité de la situation.

Comme Etlinger l'a établi, l'infection sanguine est très rare. Chez cinq malades laparotomisées et présentant des symptômes graves, Eiselberg a examiné le sang et n'a trouvé aucun micro-organisme. Les malades ont guéri. Ces recherches avaient été infructueuses dans quatre autres cas terminés par la mort.

Somme toute, une infection péritonéale suraiguë évolue parfois sans que des germes pathogènes puissent être décelés dans le sang. Néanmoins, quand l'infection sanguine est démontrée, l'état du patient doit être considéré comme très grave, mais non désespéré, car au dire de Monod et de Macaigne, la présence du streptocoque lui-même dans le sang n'entraîne pas un pronostic absolument fatal.

La contre-indication à toute intervention un peu sérieuse est l'affaiblissement des malades. Le collapsus empêche le chirurgien de faire une suprême tentative au cours de laquelle la patiente peut succomber.

Mais il ne faut pas l'abandonner trop facilement à la mort et à une mort certaine. Les succès obtenus par Chambers, Julien, etc., dans des cas qui semblaient désespérés, sont là pour démontrer qu'il faut essayer de sauver des malades livrés à une mort à peu près certaine.

TRAITEMENT. — Prévenir l'infection, telle est la préoccupation constante et dominante de tous les laparotomistes. Mais, dans certains cas, malgré toutes les précautions prises, on a tout lieu de redouter l'éclosion de la péritonite quand diffé-

rentes éventualités se sont réalisées au cours de l'opération. Une poche purulente s'est rompue dans l'abdomen. Du liquide septique contenu dans la cavité utérine tombe dans le péritoine. Faut-il se contenter d'éponger, de nettoyer à sec et soigneusement toutes les parties envahies par le pus et de faire soit un Mickulicz, soit un drainage abdominal ou vaginal? Doit-on, suivant la pratique de quelques chirurgiens, laver à grande eau? Ces questions sont en dehors de notre sujet. Mais l'infection menace la vie de la malade. Que faut-il faire?

C'est un chirurgien de marine, Herlin, qui le premier en 1767, fit les premières expériences sur le lavage du péritoine. Notre compatriote ouvrit le ventre de plusieurs animaux, creva la vésicule biliaire, donna naissance à une péritonite et injecta dans le péritoine entre les points de la suture abdominale une certaine quantité d'eau tiède dans le but « d'éteindre l'inflammation des viscères déjà commencée par l'agacement de la bile ». Ravaton, en 1768, injecta dans la cavité péritonéale des liquides divers pour arrêter la marche de la péritonite.

Keith pratique l'ovariotomie en 1865 en pleine péritonite. Kœberlé, en 1867, évacue et lave les foyers purulents contenus dans la cavité abdominale. Dans une discussion qui eut lieu à cette époque, MM. Rigaud, Schutzenberger et Villemin posent au grand laparotomiste de Strasbourg la question suivante : « Faut-il ouvrir le péritoine à la première période de l'inflammation, alors qu'il n'y a qu'un liquide séro-sanguinolent et que tout fait supposer que le pus n'a pas encore eue le temps de se produire? » M. Kœberlé répond affirmativement. Et en effet ce chirurgien avait déjà sauvé, par l'incision abdominale et l'évacuation d'une collection séro-sanguinolente, un malade qui, à la suite d'une laparotomie, avait présenté des symptômes péritonéaux.

En 1875, A. Netter publie un mémoire dans lequel il préconise avec une ardeur d'apôtre le lavage abdominal dans les cas de péritonite aiguë. L'inflammation d'origine puerpérale n'est pas même une contre-indication.

En 1876, Nussbaum préconise l'ouverture du cul-de-sac postérieur et le drainage par cette voie, dès que la fièvre se ma-

nifeste après la laparotomie. Il préconise l'injection par la plaie abdominale soit de l'eau, soit d'un liquide antiseptique. On continue l'injection jusqu'à ce que le liquide qui s'écoule par le drain vaginal sorte clair.

En 1881, Mossimann répète d'une façon un peu plus précise, les expériences de Herlin et parvient à sauver par le lavage péritonéal un chien dont le péritoine était infecté.

Dans la péritonite aiguë, dit Mossimann, les injections aqueuses pratiquées dès le début dans la cavité abdominale enrayment brusquement la maladie.

Nous avons tenté le lavage du péritoine de 4 lapins atteints de septicémie suraiguë causée par des injections faites avec des staphylocoques à virulence exaltée. Nos expériences se sont terminées par la mort des quatre animaux. Mais il faut reconnaître que nous nous étions mis dans les conditions les plus défavorables et qu'il y a lieu de reprendre ces expériences.

L'expérience clinique a démontré que ces lavages étaient efficaces.

On trouvera dans la thèse de Truc les indications opératoires de la péritonite et l'état de la question en 1884. Les succès de Treves, de L. Tait, de Lannelongue sont fort encourageants. L. Tait surtout déclare que la péritonite est l'indication la plus pressante de la laparotomie.

Terrillon (1889) insiste sur le lavage du péritoine.

Au Congrès de chirurgie française, on proclame la nécessité de la laparotomie dans les cas de péritonite, et M. Bouilly, entre autres, fait connaître sa statistique qui se résume ainsi :

|                                                         |                  |
|---------------------------------------------------------|------------------|
| Péritonite septique non puerpérale.....                 | 5 cas, 4 succès. |
| — puerpérale .....                                      | 6 cas, 2 succès. |
| Péritonite avec rupture intestinale et<br>vésicale..... | 1 cas, 1 mort.   |
| Soit 6 succès sur 12, soit 50 pour 100.                 |                  |

Riobanc, dans une revue parue en 1890, relève 29 guérisons de péritonite aiguë généralisée sur 49 opérations, soit près de 61 pour 100 de succès.

Ces chiffres sont là pour démontrer simplement que la péritonite aiguë généralisée n'est pas au-dessus des ressour-

ces de l'art, et telle est la conviction des chirurgiens qui n'hésitent pas à ouvrir le ventre dans ces conditions.

Duffau-Lagarrosse (de Bordeaux) a réuni dans une thèse récente (1893) un certain nombre d'interventions chirurgicales dans la péritonite aiguë diffuse.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que l'opération doit être faite de bonne heure et les cas heureux de guérison ne se comptent plus.

Tandis que les cas de guérison par la laparotomie et le lavage pour péritonite de causes diverses se multiplient et rendent les chirurgiens entreprenants, les cas heureux de péritonite aiguë post-opératoires ne se rencontrent que rarement dans la littérature médicale.

On laisse passer le moment propice et on n'intervient pas assez rapidement.

La situation désespérée des patients justifie une intervention rationnelle et suivie de succès.

Au dire de Rioblanco, Keith, Spencer Wells, Freund ont fréquemment réussi dans leurs essais. Rioblanco a relevé 8 observations et a 6 guérisons, soit 75 % de guérisons.

Ce chiffre est éloquent. Il ne représente pas la proportion des succès par rapport aux tentatives infructueuses. L'infection péritonéale aiguë post-opératoire traitée par le lavage doit avoir un pourcentage moins beau que celui qui vient d'être cité. Néanmoins nous croyons qu'on obtiendra des succès plus fréquemment si l'on intervient rapidement, dès le second jour par exemple.

L'observation de Julien en est une preuve; celle de Chambers est très remarquable.

Même quand la guérison n'est pas obtenue, il y aurait une amélioration parfois manifeste et on assisterait à la reprise de la péritonite due le plus souvent à un lavage incomplet. Cependant, nous devons avouer que plusieurs fois nos lavages ont été suivis d'une mort rapide.

*Technique.* — La technique du lavage a été donnée par Terrillon et par Bouilly. Il faut injecter du liquide dans la profondeur du bassin, fouiller tous les coins et recoins et de préférence ceux qui sont le siège d'un décollement. On doit

s'astreindre à détacher les adhérences et à laver non seulement le petit bassin, mais les fosses iliaques et la région lombaire.

Il faut défaire les points de suture de façon à ce qu'une main au moins puisse pénétrer facilement dans la cavité péritonéale, et explorer minutieusement la cavité abdominale. Il ne faut pas qu'on laisse des foyers infectieux, autant que faire se peut.

La canule à injection pénètre profondément et le liquide est projeté dans toutes les cavités, de façon à faire refluer les produits infectieux vers l'ouverture abdominale.

Doit-on donner un anesthésique ?

Oui, mais en petite quantité. On réduit au minimum la durée de l'intervention. Tout étant prêt pour le lavage qui doit avoir une température de 37 à 40 degrés environ, on fera sauter rapidement les points de suture et on injectera du liquide à l'aide de deux canules, afin d'aller plus vite.

Une suture extrêmement rapide, quoique solide, sera faite pendant que le dernier litre de liquide passe dans le péritoine.

Quel sera le liquide employé ? Les expériences de Delbet sont concluantes. Il faut s'adresser de préférence à l'eau salée et à l'eau boriquée qui respectent l'intégrité des cellules péritonéales. On fera passer 15 ou 20 litres de solution boriquée ou successivement de solution salée et boriquée.

Cependant, certains auteurs ont employé avec succès une solution faible d'acide phénique.

Baumgarten a préconisé l'emploi de l'acide salicylique à 1 p. 1000. D'autres, comme Raymond (de Limoges), etc., se sont servis de la solution de sublimé au millième. Bouilly recommande de laver le péritoine avec du bichlorure de mercure à 1 p. 5,000, quand les liquides péritonéaux ont une mauvaise odeur.

Delbet, qui a fait des recherches intéressantes sur la question, recommande de faire un lavage de 10 minutes avec de l'eau salée (solution à 3 p. 1000), de continuer par une injection de sublimé au millième et enfin de terminer la séance par un lavage avec une solution salée. L'expérimentation a dé-

montré que, dans ces conditions, il n'y avait pas possibilité d'intoxication.

Terrillon pensait qu'il était préférable de s'abstenir de toute irrigation antiseptique, et c'est aussi notre avis.

Nous ne pensons pas que les germes puissent être détruits par une action aussi rapide, aussi passagère d'un antiseptique, même puissant.

Il est un autre point important mis en relief par nos expériences et les constatations de Grawitz, de Pawlosky, de Waterhouse, à savoir la nécessité de ménager autant que faire se peut la constitution cellulaire dont l'intégrité constitue le principal facteur d'une efficacité phagocytose. Ainsi, d'accord avec Delbet, nous insistons sur l'emploi de la solution boriquée et de la solution physiologique.

Quelques auteurs — Demons, croyons-nous, — ont préconisé une sorte de raclage de l'intestin enveloppé de fausses membranes, avant le lavage péritonéal.

Nous avouons ne pas être partisan de cette méthode qui nous entraînerait à une perte de temps considérable et qui ne ferait qu'augmenter les surfaces d'inoculation, sans que l'on puisse avoir l'espoir d'enlever par le grattage même une faible portion des germes disséminés sur toute la surface intestinale.

D'autres chirurgiens ont simplement fait sauter un ou deux points de suture et ont drainé par cette voie. Nous croyons que cette intervention, qui a été suivie de succès dans quelques cas, ne doit pas être pratiquée quand il s'agit d'une infection aiguë et généralisée. Il y a lieu d'ouvrir largement la cavité péritonéale et d'y faire passer de grandes quantités de liquide.

Pour terminer, il suffit de signaler les tentatives d'injections streptococciques faites dans le but de lutter contre l'infection péritonéale.

#### *Mémoires consultés.*

BONNECKEN. — *Virchow's Archiv.*, Bd. 120, p. 7-28, 1890.

BURGINSKY. — *Arbeit aus dem Gebiete der Path. Anatomie und*



- Bacteriology aus dem path. Institut zu Tubum. Bd. 1, H. 1, p. 63, 1891.
- BOUILLY. — Comptes rendus officiels du Congrès de chirurgie, 1889.
- BRUN. — Comptes rendus officiels du Congrès de chirurgie, 1889.
- BUMM. — *Annales de gynécologie*, janvier 1890, p. 1.
- DAVIS. — *Amer. Journ. of Obstetrics*, fév. 1895, p. 155-161.
- DELBET. — *Annales de gynécologie*, 1891, p. 204.
- DELBET. — *Annales de gynécologie*, 1889.
- DOUGLAS. — *The American Journal of Obstetrics*, fév. 1895, p. 294-295.
- DUFFAU-LAGARROSSE. — Intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse. Thèse Bordeaux, 1893.
- DUPAQUIER. — Contribution au traitement de la péritonite par la laparotomie. Thèse Paris, 1885, n° 223.
- ETLINGER. — Passage des microbes dans le sang. Th. Paris, 1893.
- A. FRAENKEL. — Ueber peritoneale Infection. *Wiener klinische Woch.*, 1891, nos 13, 14 et 15.
- E. FRAENKEL. — Zur Ätiologie der Peritonitis. *Münchener med. Wochenschr.*, 1890, n° 2.
- E. FRAENKEL. — Zur Ätiologie der Peritonitis. *Münchener med. Wochenschrift*, n° 11, 18 mars 1890.
- GUELLOT. — Contribution au traitement chirurgical des péritonites généralisées. *Gaz. des hôpitaux*, 10 avril 1894.
- GRAWITZ. — Statistischer und experimentell-pathologischer Beitrag zur Kenntniss der Peritonitis. *Charité Annalen*, 11, 1886, p. 771-823.
- JAYLE. — De la septicémie péritonéale post-opératoire. Paris, 1895 thèse 269.
- JULLIEN. — Curabilité des péritonites post-laparotomiques. 1891, Congrès de chirurgie.
- KÉBERLÉ. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1867, p. 43.
- LARUELLE. — Etude bactériologique sur les péritonites par perforation. *La Cellule*, 1889, p. 61-119.
- LAWSON TAIT. — Peritonitis: its nature and prevention.
- MOSSIMANN. — Contribution à l'étude du traitement de la péritonite aiguë. Th. Paris, 1881.
- A. NETTER. — Mémoire sur la possibilité de guérir la péritonite aiguë en injectant une quantité suffisante d'eau tiède dans la cavité péritonéale. *Revue méd. de l'Est*, 1875, p. 41.
- NITOT. — Traitement chirurgical de la péritonite. *Journal de médecine de Paris*, 24 nov. 1893.
- ORTH. — *Centralb. für Chirur.*, 30 nov. 1889.

- PAWLOSKI. — Zur Lehre von der Ätiologie, der Entstehungsweise und den Formen der Acuten Peritonitis. *Virchow's Arch.*, Bd. 117, p. 469.
- PRODOEHL. — Untersuchungen zur Ätiologie der Peritonitis. *Münchener med. Wochenschrift*, n° 2, 1890.
- RAYMOND. — Contribution au traitement chirurgical de la péritonite puerpérale. *Revue de chirurgie*, 1890.
- REICHEL. — Beiträge zur Ätiologie und chirurgische Therapie der septischen Peritonitis. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. 30, 1889, H. 1 und 2.
- REYNIER. — *Journal de médecine de Paris*, 1893, p. 617.
- RIOBLANC. — Traitement chirurgical des péritonites. *Archives de méd. et de pharm. militaires*. T. XVI, 1890, p. 229-250 et 305-325.
- SCHROEDER. — Ueber die allgemeine nicht infectiose Peritonitis. *Zeitsch. für Gebur. und Gynaek.*, Bd XII, p. 492, 1890.
- SACY STEPHANESCO. — Quelques considérations sur la péritonite au point de vue chirurgical. Th. Strasbourg, 1870.
- SOLOWPEFF. — *Cent. f. Gynaek.*, 1889, p. 641.
- TERRILLON. — Leçons de clinique chirurgicale, 1889, p. 160.
- TRIVES. — The treatment of acute peritonitis. *British med. Journal*, 14 mars 1885, p. 538-540.
- TRUC. — Péritonite, son traitement chirurgical. Thèse d'agrégation, 1886.
- WATERHOUSE. — Experimentelle Untersuchungen über Peritonitis. *Virchow's Arch.*, Bd 119, p. 342-362.
- WERDER. — Péritonites. *American Lancet, new series*, vol. XVI, 1892, p. 47-57.
- YTHIER. — Du lavage du péritoine dans la laparotomie, 1888.

M. NITOT. — Le poulx joue en effet un très grand rôle dans le pronostic de la péritonite post-opératoire. J'ai publié en 1893, à la Société de Médecine et de chirurgie pratiques un cas analogue à celui de M. Pichevin. Il s'agit d'une malade à laquelle j'avais enlevé un kyste papillomateux de l'ovaire. Deux jours après l'opération, péritonite. Je fais une laparotomie secondaire, je lave le péritoine et je place un drain qui passait en avant par la paroi et sortait en arrière dans le vagin à travers le cul-de-sac postérieur effondré. On fit toutes les quatre heures un lavage par ce drain et la malade guérit. A cette occasion M. Reynier cita des cas analo-

gues et fit observer que l'examen bactériologique lui avait démontré qu'il y avait deux sortes de péritonite. Les unes à staphylocoques, les plus nombreuses, ce sont celles qui guérissent ; les autres à streptocoques qui se terminent toujours fatalement. Depuis j'ai eu trois autres cas semblables, j'ai fait la laparotomie et j'ai eu trois insuccès. Quoiqu'actuellement ma confiance dans ce mode de traitement soit un peu ébranlée, je n'hésiterais cependant pas encore à l'employer le cas échéant.

M. PETIT. — M. Bouilly remplace le lavage du péritoine, dans les cas subaigus, par la pratique suivante : Lorsque le poulx monte, il fait sauter trois ou quatre points de suture, il trouve généralement une certaine quantité de liquide séro-sanguin, qu'il évacue et place ensuite un gros drain en caoutchouc. Il a eu ainsi un bon nombre de succès. Actuellement on abandonne les lavages après laparotomie, car ils ont l'inconvénient de diffuser à travers la grande cavité péritonéale des microbes qui ne demandaient qu'à rester dans le petit bassin.

M. PICHEVIN. — La division en péritonites à streptocoques et à staphylocoques ne répond pas à des types cliniques. Il est impossible de dire, au point de vue expérimental, si les péritonites à streptocoques sont plus virulentes que celles à staphylocoques. Ne s'agit-il pas du degré de virulence du microbe, quel qu'il soit ? N'y a-t-il pas lieu de faire entrer en ligne de compte l'association des différentes espèces de micro-organismes ? La péritonite purulente qui survient après les couches, péritonite à streptocoques, guérit dans un certain nombre de cas. La pratique de Bouilly n'est pas entièrement nouvelle. Nusbaum l'employait en 1876. D'autre part, le lavage abdominal n'est pas si abandonné que M. Petit le dit, du moins à l'étranger ; en tout cas, dans la péritonite post-opératoire, que nous avons étudiée, l'infection est généralisée à tout le péritoine, il n'y a donc pas à craindre de diffuser les microbes.

M. PORAK. — J'ai reçu tout récemment à l'hôpital de la Charité une femme qui avait fait une fausse couche trois jours avant son entrée à l'hôpital. Le placenta, qui n'avait pas été enlevé, était décomposé et putride. La malade était déjà fébricitante au moment où j'eus l'occasion de la voir. On enleva le placenta atrocement fétide dans la soirée du jour où elle demanda son admission. On curetta soigneusement l'utérus. Malgré le badigeonnage de la cavité utérine et un tamponnement avec de la gaze iodoformée, la fièvre persista. Dès le lendemain, considérant l'état grave de cette malade, l'élévation considérable du pouls, quoique la température fût peu élevée (38°) je prélevai du sang pris dans une veine du dos de la main avec une seringue de Straus. Les signes qu'elle présentait n'étaient pas ceux de la péritonite franche et généralisée. Je discutai cependant l'opportunité de la laparotomie et du lavage de la cavité péritonéale.

Ce n'est que le lendemain que les signes de la péritonite devinrent manifestes : facies péritonéal, ballonnement du ventre, agitation nocturne, abattement pendant le jour, pouls caractéristique, température modérée, vomissements verdâtres, douleurs vives à la pression abdominale, etc. Mais alors nos tubes d'ensemencement du sang commençaient à pousser. Nous constatons bientôt que les cultures contenaient le streptocoque. — La constatation de cette infection généralisée me décida à repousser l'indication du lavage péritonéal. La femme succomba en six jours. A l'autopsie on constate qu'il y avait du pus non seulement dans le péritoine, mais encore dans la plèvre et dans le péricarde. On conçoit combien notre abstention était justifiée dans ce cas.

M. PICHEVIN. — Dans le cas que j'ai rapporté nous n'avons trouvé aucun micro-organisme dans le sang. Il ne faut pas désespérer de sauver la malade même quand il y a infection du sang par le streptocoque, ainsi que l'ont établi les recherches de Monod. En Amérique, plusieurs chirurgiens se trouvent bien d'ouvrir le cul-de-sac postérieur et de drainer la ca-

vité péritonéale par le vagin dans les cas où il faut réduire l'intervention au minimum.

M. PETIT — Il faut tenir compte du moment où se produit l'infection et du degré d'infection. C'est surtout dans les affections subaiguës qu'il faut intervenir soit par le lavage, soit par le drainage.

M. PICHEVIN. — Ma malade avait une péritonite généralisée; elle a guéri. Il faut donc faire la laparotomie, même dans les cas qui ne laissent plus guère d'espoir.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du jeudi 12 décembre 1895.*

Présidence de M. MAYGRIER, vice-président.

**Sommaire.** — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

**Correspondance :** Lettres de M. le Ministre de l'Instruction publique demandant la nomination de délégués pour le Congrès des Sociétés savantes (9 août 1896). — Lettre de remerciements de M. le Dr HAHN, bibliothécaire de la Faculté de médecine pour l'envoi de la collection de nos bulletins et mémoires. — Lettre de démission du docteur AVRARD, membre fondateur, qui quitte Paris. Sur la proposition de M. PORAK, M. AVRARD est nommé membre honoraire. — Lettre de M. NARICH, de Smyrne, à propos de la réponse de M. BAR à son troisième travail sur les lacs et sur le tracteur du siège.

**Présentations :** M. BRINDEAU : *Insuffisance tricuspidiennne congénitale.* — *Discussion :* M. BUDIN. — M. BOUCHACOURT : *Malformations congénitales multiples à la suite de brides amniotiques.* — *Discussion :* M. GUÉNIOT. — M. BOUCHACOURT : *Avortement gémellaire avec les deux œufs intacts.* — *Discussion :* MM. BUDIN, GUÉNIOT. — M. SCHWAB : *Perforation très probablement traumatique de l'utérus.* — *Discussion :* MM. MAYGRIER, DOLÉRIS, BUDIN, SCHWAB, PORAK, TOUVENAIN. — M. BUDIN : *Instrument pour pratiquer les irrigations rectales.* — *Discussion :* MM. DOLÉRIS, PETIT, NITOT, OLIVIER, GUÉNIOT. — M. BUDIN : *Instrument pour l'emploi de l'eau chaude dans le traitement des hémorroïdes.*

**Communications :** M. DOLÉRIS : *Invitation au Congrès de Genève.* — MM. PICHEVIN et Auguste PETIT : *Abcès de l'utérus.* — *Discussion :* M. DOLÉRIS. — M. PAUL PETIT : *De l'emploi de l'eau oxygénée pour l'hémostase péri-utérin.* — *Discussion :* MM. BONNET, GUÉNIOT.

*Elections de membres correspondants et du Bureau pour 1896.*

M. B. NARICH, de Smyrne : **A propos de la réponse de M. Bar à mon troisième travail sur les lacs et le tracteur du siège.**

Nous avons lu dans les Bulletins du 10 octobre la réponse de notre excellent collègue M. Bar à certains arguments que nous citions dans notre dernier travail publié dans les Bulletins de juillet.

M. Bar semble nous attribuer à nous-même ces arguments. Nous nous permettons d'écrire ces quelques mots pour rappeler qu'ils ne nous appartiennent pas en propre, et qu'ils avaient été émis par des membres de la Société dont nous citons les noms et qui avaient pris part à la discussion que provoqua la lecture de l'intéressant travail de MM. Bar et Tissier.

**M. BRINDEAU : Insuffisance tricuspidiennne congénitale.**

Mme X..., primipare, âgée de 22, ans vient accoucher à la Maternité, en février 1895, dans le service de M. Budin. Cette femme a toujours eu une santé excellente et l'on ne retrouve aucune trace de maladie infectieuse pendant la grossesse. Pas de syphilis, pas de rhumatisme. Elle accouche à terme d'un enfant pesant 2,550 grammes. Immédiatement après sa naissance, on me fait appeler pour examiner l'enfant qui respire mal et ne veut pas crier.

Nous sommes frappés tout d'abord du petit volume de sa tête. Le crâne, quoique régulièrement conformé, est plus petit qu'à l'état normal par rapport au poids de l'enfant. Le diamètre bipariétal mesure 7 cm. — l'occipito-mentonnier, 10 cm.

Elle est cependant bien ossifiée. Mais le point le plus particulier est l'aspect de la face. En effet, l'enfant est complètement cyanosé; de plus, il existe au niveau des deux régions sous-maxillaires une tuméfaction énorme. Cette tuméfaction est régulière, lisse, de la grosseur d'un œuf de poule du côté droit et de la grosseur d'une noix à gauche.

En examinant de plus près, on voit que la tuméfaction empiète sur les régions parotidienne et temporale et que de son pourtour partent des vaisseaux volumineux qui divergent en tous les sens. C'est surtout au niveau du front que les vaisseaux sont plus visibles. A la palpation la tumeur est très molle, et très nettement fluctuante. Elle est en partie réductible, mais se reproduit avec la plus grande facilité.

La tumeur est animée de battements et l'on entend au stéthoscope un bruit de souffle continu à renforcement systolique. La tumeur liquide du côté droit paraît communiquer avec celle du côté gauche.

L'enfant meurt quelques heures après sa naissance.

L'autopsie est faite avec soin. — A l'ouverture du thorax on constate que le cœur remplit presque à lui seul la cavité thoracique. Ce cœur est énorme et développé surtout aux dépens du cœur droit. L'oreillette droite est énorme et distendue par le sang. Nous ponctionnons l'oreillette et il s'écoule une grande quantité de sang noir ; la tumeur faciale se vide aussitôt. Nous injectons du suif coloré par l'orifice de la ponction et nous disséquons la pièce.

La veine cave supérieure est très dilatée, mais c'est surtout la veine jugulaire droite qui est énorme ; elle acquiert le volume du pouce. Toutes les veines qui s'y rendent sont considérablement dilatées. C'est cette veine gorgée de sang qui formait la poche fluctuante. Du côté gauche le volume est beaucoup moindre. Les veines du cerveau sont peu dilatées.

L'examen du cœur est particulièrement intéressant. Cet organe est très volumineux. Mais l'hypertrophie siège surtout au niveau du cœur droit.

L'oreillette est très mince par suite de sa grande distension. A la coupe la paroi du ventricule droit est très épaissie, elle est plus épaisse que la paroi du ventricule gauche. L'orifice tricuspide est très dilaté, il permet l'introduction du pouce. La valvule est atrophiée, racornie et l'on remarque à son bord libre des épaississements cicatriciels.

L'orifice pulmonaire est normal. L'orifice de la veine cave supérieure est très large, celui de la veine cave inférieure est normal.

Le trou de Botal est fermé par le croissant valvulaire. Le canal artériel est oblitéré.

Le cœur gauche est normal.

Nous avons examiné au microscope la valvule tricuspide. — Au niveau des épaississements on constate des amas considérables de cellules embryonnaires qui, en certains points, commencent à s'organiser en tissus fibreux. Nous n'avons pu trouver de microorganismes.

Nous pensons que cette observation est intéressante à plus d'un point de vue.

1° Par sa rareté.

Les cas d'endocardite fœtale avec lésions bien nettes sont en effet rares.



2° Par l'extrême degré de dilatation des veines qui avait fait penser à une tumeur liquide du cou.

3° Par l'hypertrophie considérable du cœur droit que la lésion orificielle a occasionnée.

4° Par l'oblitération du canal artériel et la fermeture presque complète du trou de Botal, ce qui explique la dilatation considérable de l'oreillette droite, les deux cœurs ne communiquant pour ainsi dire pas.

5° Par l'atrophie du crâne consécutive aux troubles de la circulation veineuse.

La pathogénie de cette endocardite fœtale est très obscure, la mère ayant toujours été bien portante pendant sa grossesse.

M. BUDIN. — Au bout de combien de temps l'enfant est-il mort ?

M. BRINDEAU. — Au bout de quelques heures.

M. BUDIN. — Le canal artériel étant oblitéré, comment croyez-vous que se faisait la circulation ?

M. BRINDEAU. — Elle se faisait par le trou de Botal, mais très difficilement, ce qui explique la dilatation énorme des veines jugulaires.

**M. BOUCHACOURT : Présentation d'un fœtus atteint de malformations congénitales multiples à la suite de brides amniotiques.**

Cet enfant a vécu un jour.

*Sa voûte crânienne* présentait une perte de substance considérable de la calotte crânienne intéressant les deux pariétaux, le frontal et l'occipital et par laquelle les hémisphères cérébraux faisaient hernie.

Au sommet de la tumeur ainsi formée la peau était rouge et ulcérée.

La cavité orbitaire droite communiquait largement avec la cavité crânienne.

*Sur la face*, à droite, existait une perte verticale reliant la cavité buccale à la narine droite.

Un fissure séparait le bourgeon médian du bourgeon latéral droit.

*La main gauche* présentait une amputation congénitale de tous les doigts qui n'étaient plus représentés que par des bourgeons réunis en un faisceau dont le sommet est surmonté d'un reste de bride amniotique.

*A la main droite* les 4 derniers doigts présentaient des sillons circulaires indiquant des sections commencées par des brides : le pouce était même encore relié à l'annulaire par une forte bride qui avait presque entièrement sectionné ce dernier doigt, représenté seulement par un bourgeon.

*Au pied gauche* le 2<sup>e</sup> orteil, très atrophié, formait un petit bourgeon pédiculé.

*Au pied droit* le gros orteil seul présentait une anomalie légère : l'ongle n'existait pas.

*Aux organes génitaux* le scrotum peu développé ne contenait que le testicule droit très atrophié.

La verge, atrophiée également, présentait à sa base un sillon circulaire.

*Les viscères* étaient normaux.

### Discussion :

M. GUÉNIOT. — J'ai présenté pour mon compte plusieurs observations semblables à l'Académie ; l'une d'elles a convaincu M. Mathias Duval, qui, jusqu'ici, s'était refusé à le croire, que ces amputations étaient bien dues aux brides amniotiques. Aujourd'hui, je ne crois pas qu'il puisse y avoir place à la contradiction ; le seul problème qui reste à résoudre, c'est celui des conditions dans lesquelles se produisent ces brides.

### M. BOUCHACOURT : **Avortement gémellaire avec les deux œufs intacts.**

Femme de 27 ans, sourde-muette. Le coït fécondant avait eu lieu le 10 septembre, les œufs étaient donc âgés de près de trois mois.

Le premier œuf fut expulsé en deux temps :

1<sup>er</sup> temps : Sortie de l'œuf enveloppé de l'amnios intact, c'est-à-dire contenant le liquide amniotique, l'embryon et le cordon qui s'était rompu au niveau de l'insertion placentaire.

Cette insertion était représentée par une légère saillie à la surface de l'œuf.

Le deuxième œuf sortit alors en un seul temps avec son placenta ; il était enveloppé par le chorion, dont les villosités multiples hérissaient la surface, sauf en un point, où les deux œufs adhéraient probablement.

Le placenta du premier œuf fut extrait au bout de quelques minutes en introduisant les doigts dans l'utérus. Ce placenta fut ainsi décollé et l'hémorragie qui avait commencé s'arrêta.

Le toucher permit de constater qu'il n'y avait qu'une seule cavité utérine.

### Discussion :

M. BUDIN. — Je veux attirer l'attention sur un point de la présentation faite par M. Bouchacourt. La partie expulsée du premier œuf était constituée par une poche qui comprenait : l'amnios, le liquide amniotique, le fœtus et le cordon. Les vaisseaux de la tige funiculaire s'étaient rompus à 2 millim. environ au delà du point où l'amnios, quittant le chorion, passait sur eux pour les envelopper d'une gaine et remonter jusqu'à l'ombilic. On s'expliquait ainsi comment était formée la poche liquide, fermée de toutes parts qui contenait le fœtus.

A propos de ce fait, je rappellerai qu'on a divisé les avortements embryonnaires en avortements en un temps, lorsque l'œuf est expulsé en bloc et en avortements en deux temps, lorsque les membranes étant rompues et l'embryon expulsé, le reste de l'œuf est chassé plus tard par les contractions. Mais on ne doit pas oublier que parfois l'embryon ayant été d'abord chassé, puis l'arrière-faix, des contractions utérines surviennent, contractions douloureuses qui déterminent l'élimination d'une masse molle, charnue, la muqueuse utérine hypertrophiée, la caduque utérine. Dans ces cas, il y a successivement : 1° Expulsion de l'embryon ; 2° expulsion de l'arrière-faix ; 3° expulsion de la caduque utérine, c'est-à-dire 3 temps. On néglige en général de parler de ce dernier temps ; il offre cependant une certaine importance, car il peut s'accompagner de douleurs et d'hémorragies. De plus, il arrive parfois que la caduque hypertrophiée et restée dans la cavité utérine est le point de départ d'accidents graves d'infection.

M. GUÉNIOT. — Lorsque l'œuf est rompu et l'embryon expulsé, il est de règle que le placenta et la caduque sortent en même temps ; le troisième temps dont parle M. Budin est donc très rare. Le gros danger de la rétention de la caduque, c'est l'hémorrhagie. Je me souviens avoir vu, il y a 35 ans, avec M. Fournier, une femme qui avait fait quelque temps avant un avortement. L'œuf avait été complètement expulsé, semblait-il, et la femme avait repris ses occupations quand elle fut prise subitement d'une hémorrhagie presque foudroyante, qui était due à des parcelles de placenta et de caduque qui n'avaient pas été expulsées.

M. SCHWAB : **Cas de perforation très probablement traumatique de l'utérus.**

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un bel exemple de perforation très probablement traumatique de l'utérus.

Cette perforation est remarquable tout d'abord par son siège qui est vers le fond de l'utérus, sur la face postérieure, en haut et à droite, à 1 travers de doigt de la trompe droite ; ensuite par son étendue ; en effet, sur la face externe de l'utérus la perforation a la largeur d'une pièce de 2 francs.

Dans la cavité utérine, la perforation siège au fond d'une sorte d'excavation de la muqueuse utérine. Toute la cavité utérine était tapissée par une bouillie noirâtre, putrilagineuse, fétide.

Du côté du péritoine, la perforation était entourée d'une sorte de péritonite enkystée ; dans le foyer on a trouvé une bouillie noirâtre et putrilagineuse analogue à celle qui existait dans la cavité utérine. Entre les anses intestinales distendues on a trouvé aussi des fausses membranes fibrino-purulentes.

Nous devons résumer brièvement l'histoire clinique de la malade, car l'observation détaillée doit être publiée dans une thèse qui paraîtra prochainement.

La femme est entrée à Lariboisière le 2 décembre, à 1 heure du matin. Elle avait à ce moment une température de 40°9 ; du délire, et un facies péritonéal. Au toucher, on trouva un col dilaté comme 2 francs ; et 3 heures après son entrée, elle expulsa un

fœtus mort-né âgé de 4 mois et un placenta avec membranes, le tout répandant une odeur très fétide.

On fit immédiatement des injections intra-utérines avec de l'eau phéniquée. La température tomba, mais le lendemain soir 3 décembre, le facies restant très mauvais et la température montant de nouveau, on fit un nettoyage de la cavité à la glycérine créosotée au moyen d'un tampon monté sur une pince.

Les phénomènes de péritonite sans grande élévation thermique, mais avec pouls rapide et petit, continuèrent et la malade mourut le 5 décembre à minuit, c'est-à-dire 4 jours après son entrée. On avait traité la péritonite médicalement par la glace et l'opium.

### Discussion :

M. MAYGRIER. — Dans les cas d'avortements traumatiques, il est rare de voir la perforation siéger au fond de l'utérus, car il paraît difficile que l'instrument puisse pénétrer jusque-là.

M. DOLÉRIS. — Jeme rappelle avoir vu un utérus qui présentait en un point une minceur extraordinaire de la paroi ; il semblait que cet amincissement avait été produite par un instrument.

En examinant cette paroi au microscope j'y trouvai des thromboses veineuses avec des lésions manifestes d'athérome. Il y a des utérus malades chez lesquels des lésions vasculaires amènent une sorte de résorption et de friabilité de la paroi.

M. MAYGRIER. — On pourrait croire qu'il s'agit ici d'un abcès ; cependant, il semble bien qu'on se trouve en présence d'un tissu déchiré.

M. BUDIN. — L'œuf était-il ouvert lorsque la femme est arrivée à l'hôpital ?

M. SCHWAB. — Les membranes étaient rompues.

M. PORAK. — J'ai vu un cas semblable, en 1893, à l'hôpital Lariboisière. Cette femme, qui était entrée dans le service infectée, fut délivrée par moi, curettée, nettoyée, tamponnée ; cependant elle mourut. A l'autopsie nous avons trouvé plusieurs abcès de la paroi utérine et un entre autres qui s'était ouvert à la fois dans la cavité utérine et dans le péritoine, et qui

avait déterminé une perte de substance de la largeur d'une pièce de un franc.

M. DOLÉRIS. — Il doit s'agir en effet ici d'un abcès ; j'en ai vu un en 1874 qui atteignait les dimensions d'une noix.

M. TOUVENAIN. — Etant donné le siège de la perforation, l'œuf a dû être traversé de bas en haut.

M. SCHWAB. — L'œuf sentait très mauvais et a été jeté sans qu'on ait eu le temps de l'examiner.

M. BUDIN. — S'il y avait eu perforation immédiate, la femme n'aurait pas survécu cinq jours, elle serait morte rapidement de péritonite suraiguë.

M. DOLÉRIS. — Il y a là une perte de substance de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, qui ne peut provenir d'une perforation.

#### **M. BUDIN: Instrument pour pratiquer des irrigations rectales.**

On connaît les résultats avantageux fournis par les irrigations vaginales d'eau chaude dans les inflammations des annexes de l'utérus. On a aussi conseillé, pour ces affections, l'emploi de lavements chauds ; le liquide pouvant pénétrer plus haut et se trouvant mieux en contact médiat avec les organes malades, agirait plus efficacement. Tout récemment, M. Reclus a de nouveau insisté sur ce mode de traitement ; il fait usage de lavements d'eau très chaude laissés longtemps dans la partie inférieure de l'intestin.

En ce qui me concerne, j'ai recours, non pas aux lavements chauds, mais aux irrigations rectales. Pour cela, je me sers, depuis plusieurs années, d'un instrument que je désire vous présenter.

Vous avez tous vu la sonde à canal en forme de fer à cheval, sonde destinée aux injections intra-utérines. Avec elle, même si l'utérus se contracte fortement pendant l'injection, la sortie du liquide est absolument assurée.

A 8 ou 9 centimètres de l'extrémité d'une ces sondes (dont le calibre peut être de 11, 13, 15 millimètres), on comble avec du métal la cannelure située au-dessous du fer à cheval ; on obtient ainsi un véritable bouchon, ou mieux, si on veut, en le faisant un

peu conique, une sorte de fosset auquel on donne trois centimètres de longueur environ. A la base de ce fosset, se trouve une plaque métallique circulaire placée perpendiculairement à la longueur de la sonde et destinée à limiter la pénétration de l'instrument. Au delà de cette plaque métallique aboutit le canal cylindrique qui, adapté à un tube en caoutchouc et mis en communication avec un récipient, permet au liquide de descendre dans la sonde. Enfin, une lame également en métal, et légèrement recourbée, permet le maniement facile de l'instrument.

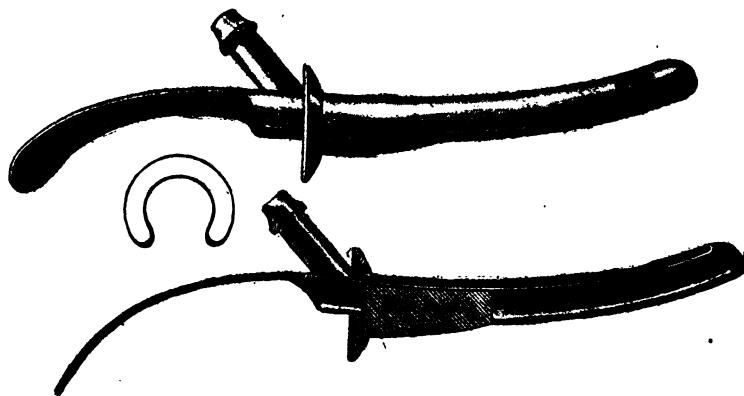


Fig. 1.

Pour donner des irrigations rectales, on place le siège de la malade sur un bassin et on introduit la sonde dans l'anus ; si elle s'enfonce assez profondément, le sphincter s'applique sur la partie de l'instrument qui fait bouchon et l'eau qui descend reste dans le rectum. Lorsqu'on juge qu'une quantité suffisante de liquide a été introduite, on retire un peu la sonde jusqu'à ce que le commencement de la cannelure arrive à l'extérieur : l'eau s'écoule alors au dehors.

La surface de section de la cannelure étant égale à la surface de section du fer à cheval par lequel s'écoule le liquide, on aura une pression plus ou moins grande sur les parois du rectum, suivant qu'on élèvera plus ou moins le vase qui contient l'eau. Si on voulait distendre fortement l'intestin, il suffirait de faire pénétrer la sonde plus profondément et d'obturer ainsi l'orifice

anal, mais les irrigations continues sans distension très marquée, sont généralement suffisantes.

Avec cet instrument, on n'est pas obligé d'employer de l'eau très chaude, comme on le fait avec les lavements. De plus, le liquide dont on se sert peut être à la même température pendant toute la durée des irrigations.

### Discussion :

M. DOLÉRIS. — Ce procédé est appliqué communément dans les stations thermales où on traite les maladies des femmes. A l'aide d'un robinet la malade peut régler le courant. Lorsque le rectum est arrivé à une certaine distension, il se contracte et expulse une partie du liquide ; il se produit ainsi un mouvement de va-et-vient qui empêche la distension exagérée de cet intestin. Cette douche ascendante n'a de bons effets que sur les affections annexielles anciennes. Il semble que cette distension du rectum, pourvu qu'elle soit très grande, finisse par amener la disparition de ces masses annexielles ; les adhérences sont tirillées et à la longue les annexes reprennent leur liberté.

M. PETIT. — Cette canule rectale, pour irrigation chaude, présentée par M. Budin, est très ingénieuse. M. Bonnet et moi avons déjà écrit que l'on pourrait se servir de « canules métalliques à double courant » dans ce même but. Mais ces instruments sont heureusement inutiles, vu leur prix assez élevé. Une canule en gomme ordinaire suffit parfaitement grâce à un va-et-vient de l'eau chaude que signale M. Dolérís et qu'il est facile de vérifier.

Une précaution très importante consiste à modérer l'afflux du liquide (en ouvrant incomplètement le robinet du tube et même en le fermant de temps à autre), si l'on veut qu'il soit toléré à une haute température 48°, 50° et plus, c'est-à-dire à une température utile. Il y a de nombreuses années que nous nous servons des injections rectales chaudes contre les inflammations annexielles et avec des résultats bien supérieurs aux injections vaginales, ce qu'explique facilement l'adhérence fréquente des annexes malades au rectum et leur déviation ordinaire en prolapsus rétro-latéral.



M. NIROT. — Lors de la discussion sur les périmétrites, j'ai apporté des observations de guérisons par les lavements chauds, pris la malade étant couchée, très lentement, en forme de bains. Pour moi, c'est surtout la chaleur de l'eau qui agit.

M. OLIVIER. — A quelle température M. Budin donne-t-il son lavement ?

M. BUDIN. — J'ai eu simplement l'intention d'appeler l'attention sur un instrument pour pratiquer les irrigations chaudes mais non de donner des résultats ; je dirai donc seulement que je ne suis pas partisan des températures élevées.

M. OLIVIER. — A merveille, car votre instrument est en métal, et il serait impossible de donner avec lui des lavements à température élevée, sans provoquer de vives douleurs.

M. GUÉNIOT. — Je réproouve complètement l'usage de la douche rectale qui donne lieu à un véritable traumatisme ; je préfère l'irrigation rectale qui est une véritable balnéation.

#### **M. BUDIN: Instrument pour l'emploi de l'eau chaude dans le traitement des hémorroïdes.**

L'usage de l'eau chaude est souvent efficace contre les hémorroïdes, soit qu'on fasse avec de l'ouate des lotions extérieures, soit qu'on ait recours aux lavements chauds. J'ai retiré plusieurs fois grand bénéfice d'irrigations faites avec un instrument dont voici la description.

D'un cercle creux, qui a deux centimètres et demi de diamètre, partent perpendiculairement à sa surface, trois branches également creuses qui vont se réunir à cinq centimètres environ. Ces branches, cylindriques au lieu d'être tout à fait droites, sont légèrement courbes et forment une sorte d'olive.

L'extrémité conique de l'olive est destinée à faciliter la pénétration dans l'anus ; sa partie large doit se placer au-dessus du sphincter et entre cette partie large et le cercle creux, se trouve une dépression circulaire sur laquelle le muscle doit s'appliquer. L'instrument est ainsi maintenu en place par la contraction du sphincter.

Le cercle creux communique avec un canal métallique qu'on adapte à un tube en caoutchouc ; ce caoutchouc est lui-même en rapport avec un vase qui contient de l'eau chaude.

Les trois branches qui partent du tube circulaire présentent, sur leur face interne, de petits orifices situés à des hauteurs différentes. Si de l'eau a été mise dans le récipient et si on élève ce dernier, il se produit des jets superposés qui se croisent. L'instrument ayant été introduit dans le rectum, des séries de jets d'eau chaude vont frapper les hémorroïdes dans les espaces fenêtrés laissés entre les tiges.

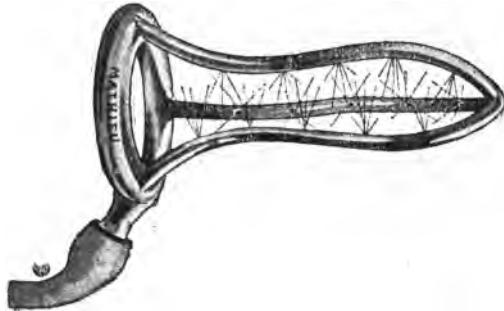


Fig. 2.

Lorsqu'on veut se servir d'eau très chaude, qui, tout en ne brûlant pas la muqueuse rectale, cause néanmoins une sensation douloureuse à la peau, il faut placer la malade dans un grand bain qu'on peut même agiter s'il est nécessaire et elle n'impressionne pas désagréablement la surface cutanée.

Le même instrument peut aussi être fait non pas avec trois, mais avec quatre tiges cylindriques qui, en se réunissant, forment l'olive.

M. DOLÉRIS. — Le Comité-directeur du Congrès Obstétrical et Gynécologique qui doit se réunir à Genève en 1896 m'a nommé Secrétaire pour la France ; il m'a chargé de demander à la Société Obstétricale et gynécologique de coopérer à ses travaux et de la prier de nommer une délégation.

M. PICHEVIN: **Abcès de l'utérus.**

J'ai l'honneur de présenter, au nom de M. AUGUSTE PETTIT et en mon nom, un cas assez intéressant d'abcès de l'utérus.

Il s'agit d'une femme âgée de 35 ans, réglée à 13 ans et qui, depuis cette époque, a toujours présenté des troubles menstruels. Avant son mariage, elle avait tantôt de l'aménorrhée pendant 3 ou 4 mois, tantôt des pertes abondantes qui duraient douze ou quinze jours.

Ces métrorrhagies amenèrent un état chlorotique très manifeste, quand la malade eut 17 ans.

A 19 ans, madame X... se maria. Trois ou quatre mois après, elle eut un écoulement sanguin peu abondant, mais continu. Les ménorrhagies furent aussi abondantes et revinrent tous les 3 ou 4 mois.

En 1885, cette femme a une grossesse et un accouchement normal. Les suites de couches sont très simples.

Cinq mois après ce premier accouchement, madame X... fait une fausse couche de 6 semaines.

En août 1887, elle a une nouvelle grossesse suivie d'un accouchement qui ne présente rien de particulier à signaler.

Un autre accouchement plus laborieux que les précédents a lieu en juillet 1889. Mais cette femme n'a pas d'accidents puerpéraux. Les règles deviennent régulières et peu abondantes.

En 1892, Mme X... commence à rendre par le vagin des glaires et du pus. Ce n'est qu'à l'occasion de fatigues exagérées qu'elle ressent de la pesanteur dans le ventre. En même temps, la quantité de pus s'écoulant par le vagin était augmentée. Les règles restent régulières et non douloureuses.

Cet état persiste pendant 3 ans.

En janvier 1895, des troubles dysménorrhéiques réapparaissent. Jusqu'au mois de juin, les douleurs pendant la menstruation persistent, mais il n'y a aucune souffrance, aucune perte dans l'intervalle des périodes intermenstruelles.

Au mois de juin, deux ans après la cessation de ses règles, cette malade éprouve dans le bas-ventre des douleurs intolérables. Un praticien pratique une opération sur la nature de laquelle il a été impossible d'avoir des renseignements et parle à

la malade d'un abcès de l'utérus, lors du départ de cette femme.

Mme X... reste trois semaines au lit et perd constamment du sang et du pus par le vagin.

Cette femme se plaint de douleurs dans le ventre, comme au mois de juin, et, de plus, souffre en allant à la selle.

Au mois d'octobre, Mme X., a une hémorrhagie utérine abondante. On porte le diagnostic de fausse couche et la malade entre à l'hôpital quelques jours après.

*Examen.* — Utérus volumineux dépassant la symphyse de deux travers de doigt et en latéroposition droite avec légère antéflexion. Le col est un peu entr'ouvert, kystique et la matrice est mobile.

A gauche de l'utérus se trouve une masse ovaro-salpingienne de la grosseur d'une petite orange, douloureuse à la pression et assez lisse. A droite existe une tuméfaction plus petite, moins sensible à la palpation et sans bosselures.

On porte le diagnostic d'utérus fibromateux avec lésions inflammatoires des annexes.

L'hystérectomie est pratiquée par l'un de nous. On enlève aisément l'utérus; les deux masses latérales sont extraites assez facilement à gauche, l'épiploon est adhérent sur une assez large surface.

Guérison.

Les pièces sont examinées immédiatement. L'utérus présente un développement considérable au niveau de la corne droite. Il existe une masse proéminente du volume d'un œuf occupant le fond et développé aux dépens de la corne gauche. La tumeur qui fait saillie par en haut s'incline à droite, de sorte que l'utérus en totalité a l'air d'être en latérodéviation droite.

La corne gauche est peu accentuée.

On croit à première vue que la corne gauche est occupée par un fibrome que l'on sectionne de haut en bas. On tombe dans une cavité contenant une certaine quantité de pus et séparée de la séreuse péritonéale par une épaisseur de 1 centimètre 1/2 environ de tissu utérin. L'abcès, du volume d'une petite noix s'ouvre dans la cavité utérine et est indépendant du trajet pariétal de la trompe gauche. Cette cavité est tomenteuse, irrégulière et

d'aspect grisâtre. Les parois formées exclusivement par le tissu utérin se confondent avec le reste du parenchyme. En aucun point on ne trouve trace de fibro-myome.

Le pus n'a pu être soumis à l'examen bactériologique. Nous n'avons pris aucune précaution antiseptique pour ouvrir l'utérus.

Les deux masses latérales étaient formées par des kystes dermoïdes suppurés.

L'examen histologique ne permet pas de doutes sur la nature de la pièce ; on est en présence d'un véritable abcès de l'utérus caractérisé par l'existence d'une collection purulente limitée par une accumulation considérable de globules du pus ; l'ensemble de ces formations s'est développé au sein du parenchyme utérin dont elle a pris finalement la place.

La collection purulente est bornée par une couche dense de très petits leucocytes d'une épaisseur variable et pouvant atteindre 1 mm. Les parties immédiatement sous-jacentes (vers la périphérie) sont constituées par des lacs de pus qui fusent autour des glandes utérines profondément altérées. Une troisième couche est formée par des glandes utérines considérablement dilatées et séparées souvent les unes des autres par une faible quantité de tissu utérin qui s'est infiltré de très nombreux éléments inflammatoires ; cette disposition donne aux coupes dans cette région un aspect presque aréolaire. Ces glandes présentent ici encore de profondes altérations ; comme dans la couche précédente, leur lumière est comblée par un coagulum abondant, moins dense cependant, et qui se rétracte sous l'influence des réactifs ; leur épithélium est le plus souvent détruit et ce n'est qu'en quelques rares points qu'on constate la présence des éléments glandulaires.

Dans les parties plus voisines de la périphérie, le tissu utérin n'est plus le siège que de modifications beaucoup moins sensibles : il n'y a à signaler que la présence en de nombreux points d'amas de cellules embryonnaires, ainsi qu'un épaississement des parois vasculaires.

Enfin, il est un point spécial qui mérite attention : c'est la présence dans les couches les plus centrales de grandes cellules qu'on rencontre en îlots épars ou en cordons aussi bien à l'intérieur des cavités glandulaires que dans l'épaisseur du tissu interposé aux glandes utérines ; il faut toutefois remarquer que ces

éléments ne dépassent pas la limite des glandes. Ces cellules mesurent en moyenne 20  $\mu$  ; elles présentent un gros noyau et un cytoplasme bien développé ; leur forme, enfin, est irrégulièrement polyédrique.

Dès lors, il semble plausible de considérer ces éléments, si on en juge d'après leur forme et leur répartition, comme des cellules déciduales qui sont les témoins d'une grossesse dont cliniquement nous avons pu établir l'existence.

\*  
\* \*

Les cas de ce genre ne sont pas fréquents, comme on peut s'en convaincre en parcourant les différents traités de gynécologie.

Churchill, Hart et Barbour et Schroeder signalent la rareté des abcès utérins. Scanzoni, dans son *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, consacre à cette affection quelques lignes intéressantes.

On trouve éparses dans la science des observations d'abcès survenus pendant la puerpéralité. Le plus souvent les femmes ont succombé à des accidents septiques et on rencontre de petits foyers purulents dans l'épaisseur de la paroi utérine. Exceptionnels sont les cas d'abcès en dehors de l'état puerpéral.

Nous pensons que notre malade a eu dès 1892 un abcès utérin survenu peut-être à la suite d'une de ses dernières couches. Il n'est pas possible de dire exactement à quel moment s'est formé l'abcès.

La poche purulente existait avant l'opération pratiquée dans le courant de l'année 1895. Il est infiniment probable, pour ne pas dire certain, que la fausse couche qui s'est produite en octobre de la même année n'a pas été la cause de la formation de l'abcès. Bien au contraire l'existence de cette lésion a dû produire l'avortement. Les cellules déciduales sont là pour démontrer l'existence de la grossesse et la réalité de la fausse couche récente diagnostiquée en octobre.

#### BIBLIOGRAPHIE.

SCANZONI. — *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, traduction française, 1858, p. 148.

CHURCHILL. — *Maladies des organes génitaux internes*. Paris, page 322.

HART et BARBOUR. — *Manuel de gynécologie, traduction française*, 1886, p. 350.

SCHRÖDER. — *Maladies des organes génitaux de la femme*, trad. française, 1891, p. 90.

ZIEGLER. — *Lehrbuch. der Path. Anatomie* 6<sup>e</sup> éd., 1890, t. II, p. 805.

FISCHEL. — *Prager medicinische Wochenschrift*, n° 19, 12 mai 1886.

BAKOWSKI. — *Der Frauenarzt*, 1894, p. 111.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Bullet. de la Société anat.*, nov. 1869, p. 459.

NIVERT. — *Bullet. de la Société anat.*, 1862, p. 142.

LADOS. — *Gazette méd. de Paris*, 1739, p. 605.

HERVEZ DE CHEGOIN. *Gazette hebd. de méd. et de chirurgie*, 1868, p. 811.

H. VREELAND. — *Med. Record*, nov. 2, 1885, p. 514. — *Medical Record*, 1871-72, p. 402.

BIRD. — *The Lancet*, 1842-43, p. 645.

### Discussion :

M. DOLÉRIS. — Il y a deux ans j'ai observé un cas d'abcès utérin à la suite d'un fibrome sous muqueux sphacelé. Le fibrome était entouré d'une nappe de pus et dans le tissu utérin on trouvait çà et là d'autres abcès.

### D<sup>r</sup> PAUL PETIT : De l'emploi de l'eau oxygénée pour l'hémostase intra-utérine.

L'eau oxygénée employée en médecine et dans l'industrie n'est pas, comme vous le savez, le bioxyde d'hydrogène, HO<sup>2</sup>, découvert par Thénard en 1818 et qui peut dégager jusqu'à 475 fois son volume d'O, mais une solution plus ou moins concentrée de ce corps, contenant de 1 à 15 v. d'O.

Après la découverte de Thénard et son retentissant mémoire à l'Académie des sciences sur « la combinaison de l'oxygène avec l'eau et les propriétés extraordinaires que possède l'eau oxygénée », 60 ans se passent sans que l'on en fasse d'application médicale. En 1878, un certain Bernard, vétérinaire, parle le premier de ses propriétés antifermentescibles et antiputrides. Mais ses observations ainsi que celles du D<sup>r</sup> Baldy qui paraît avoir fait les premières applications médico-chirurgicales de l'eau oxygénée, sont étouffées par les communications successives fai-

tes 4 ans plus tard, sur ce même sujet, par MM. P. Bert et Regnard, tant à l'Acad. des sc. qu'à la Soc. de biol. Viennent ensuite les expériences de Miquel qui classe l'eau oxygénée en tête des antiseptiques, à côté des sels d'argent, et les applications cliniques de Péan et de ses élèves qui s'en déclarent si satisfaits que MM. Bert et Regnard croient devoir proclamer à la Soc. de biol. en 1884, sa supériorité désormais incontestée dans l'antisepsie chirurgicale, sans préjudice d'un avenir non moins brillant en médecine interne. Que reste-t-il de ces assertions et de ces promesses et qui de nous se sert actuellement de l'eau oxygénée ? C'est qu'on s'était trop pressé de conclure et que d'autres bientôt démontraient, le tube de culture en mains, qu'un grand nombre de microorganismes résistaient à l'eau oxygénée, tels celui de la Morve (Arloing), du charbon symptomatique (Arloing, Cornevin et Thomas), qui pourtant est anaérobie, le staphylococcus pyogenes aureus (Desmoulins), etc. D'après ce dernier auteur il faut cependant laisser à l'eau oxygénée la propriété générale de stériliser les milieux de culture, propriété qui en fait un topique analogue au formol par exemple, supérieur aux topiques purement aseptiques, ce que je vous rappellerai en vous préconisant l'eau oxygénée à un autre point de vue.

Pour l'action réciproque de l'eau oxygénée sur le sang et du sang sur l'eau oxygénée, il faut surtout citer les essais en partie contradictoires de P. Bert et Regnard, de Laborde et Quinquaud, de Colosanti et Capranica, essais qui ont surtout en vue la tolérance de l'organisme pour l'eau oxygénée en injection intra-veineuse et toujours dans le but final de la destruction des germes morbides. Tandis que Bert et Regnard n'ont pu réussir à en injecter plus de 4 cm. c. à un chien sans le tuer et expriment la crainte d'embolies gazeuses (Acad. des Sc. 1883), Laborde et Quinquaud affirment que l'on peut en injecter des quantités relativement considérables à condition de procéder lentement et de s'attaquer non à la jugulaire, mais à une veine éloignée du cœur, les altérations du sang, même à dose toxique, se réparant très vite et l'oxygène dégagé étant rapidement repris par le sérum et les globules (Soc. biol., 1885, et *Tribune méd.*, id.). Ces expériences n'ont pas été étendues du chien à l'homme et, malgré les affirmations rassurantes de MM. Laborde et Quinquaud, il ne faut pas trop le regretter, car il est



probable qu'un bon nombre sinon la totalité des microbes pathogènes résisteraient à l'eau oxygénée aussi bien sinon mieux dans le sang qu'à l'air extérieur, et pour la même raison, du fait de sa rapide décomposition par le milieu organique et les microbes eux-mêmes. Cependant, nous en dégagerons de suite certaines données utiles à la compréhension de l'usage nouveau que nous avons fait de l'eau oxygénée.

Il est tout d'abord établi, par les recherches susdites : que le gaz dégagé par le contact de l'eau oxygénée et du sang est de l'oxygène, en plus grande partie tout au moins, et que ce dégagement est surtout provoqué par la fibrine (P. Bert. et Regnard, Soc. biol., 9 déc. 1882) ou plutôt l'un de ses éléments (Béchamp) et par l'hémoglobine; que cette propriété du sang lui est commune avec le pus et un grand nombre de tissus, tissu cellulaire, tissu de la rate, du rein, etc.; que le dégagement d'oxygène au contact du sang est corrélatif de modifications chimiques de ce liquide, notamment de l'oxydation de l'hémoglobine.

C'est à cette formation d'hématine qu'il faut attribuer, chez les chiens morts d'injection à dose massive, les modifications intravasculaires dans l'état physique du sang qui, d'après MM. Laborde et Quinquaud, serait, dans ces circonstances, poisseux, épais et de couleur noire. Mais personne, que je sache, n'a insisté sur l'action de l'eau oxygénée sur le sang qui s'épanche hors des vaisseaux. Nous avons bien lu dans une observation microscopique de Baldy faite en commun avec M. André, au laboratoire de Saint-Louis, cette constatation que « la fibrine se coagulait rapidement et que les globules rouges n'avaient aucune tendance à s'empiler, et se décoloraient », mais ces détails ne les ont pas frappés davantage et ils n'en ont tiré aucun profit. J'ai repris cette observation et voici ce que j'ai vu : si l'on additionne une goutte de sang, au sortir même des vaisseaux, d'une goutte d'eau oxygénée et qu'on l'examine au grossissement voulu on constate, tout en même temps, sous la lamelle couvre-objet, une effervescence considérable, une décoloration en masse des globules rouges et une coagulation immédiate de la fibrine qui se porte vers la périphérie de la préparation avec les dépôts d'hématine. En colorant la fibrine avec le réactif iodo-ioduré on peut se rendre compte qu'elle se dépose d'ailleurs dans les mêmes conditions qu'à l'état normal sous forme d'un réseau plus ou moins ténu de

fibrilles entrecroisées. Chose remarquable, les globules, non seulement ne sont pas détruits, mais gardent leur forme discoïde, tout en se gonflant notablement; de plus, comme l'avait vu Baldy, ils se décolorent complètement et restent isolés les uns des autres (1).

Ainsi donc, bien loin d'agir avec la brutalité du perchlorure de fer ou des agents analogues, l'eau oxygénée ne fait qu'activer le processus de coagulation et modifie seulement les éléments figurés du sang sans les détruire. MM. Laborde et Quinquaud avaient déjà insisté sur cette dernière particularité, contraire aux assertions de MM. Bert et Regnard.

Cette action de l'eau oxygénée sur le sang extravasé est-elle due à l'oxygène en état de combinaison avec l'eau ou à l'oxygène à l'état naissant dégagé par les éléments mêmes du sang? Si nous admettons cette dernière hypothèse, nous rentrons dans des faits connus: d'après Baude, les globules sanguins sont pour ainsi dire conservés par l'oxygène, — d'autre part Beddoes a fait la remarque que le sang devient plus coagulable sous l'influence de ce gaz. — Nysten dit aussi qu'il est plus plastique. Enfin si l'on admet, avec MM. Mathieu et Urbain, que l'acide carbonique est l'agent de la coagulation spontanée du sang, et que la coagulation à l'air libre est due au déplacement de l'acide carbonique du sang par l'oxygène ambiant, l'action sur le sang de l'oxygène à l'état naissant dégagé de l'eau oxygénée ne serait que l'exagération d'une fonction normale de l'oxygène atmosphérique.

Second point: l'eau oxygénée du commerce n'est pas caustique quand elle est bien préparée. Le bioxyde d'hydrogène de Thénard, c'est-à-dire l'eau oxygénée au maximum de concentration, à 475 V., blanchit la peau et les muqueuses en donnant une sensation de brûlure, mais ne produirait elle-même que des lésions superficielles. La solution à 12 volumes en application sur une plaie ne produit aucune douleur. En la laissant agir sur le grand épiploon du cobaye, membrane trèsmince, très délicate et d'observation facile, j'ai vu que cette membrane ne s'altérerait pas à l'œil nu. Au microscope j'ai retrouvé les cellules endothé-

(1) Au point de vue macroscopique, voici ce qu'on observe dans un tube où l'on mélange du sang à de l'eau oxygénée: formation instantanée de deux couches: la supérieure constituée par une mousse très épaisse renfermant un ou plusieurs caillots; l'inférieure formée par du sérum teinté en noir par l'hématine.

les en place, sans modifications sensibles, pas plus que les minces travées conjonctives auxquelles elles adhèrent. Peut-être les noyaux cellulaires étaient-ils un peu gonflés.

Enfin, l'eau oxygénée, en présence du sang, tout en n'étant pas caustique, n'en est pas moins, et probablement toujours par l'intermédiaire de l'oxygène dégagé, un excitant puissant des cellules. J'ai cliniquement observé la contraction de l'utérus, en cours de métrorrhagie, sous l'action de l'eau oxygénée, et l'en connaît bien, par ailleurs, les effets d'excitation aussi bien produits par l'oxygène libre que par l'eau oxygénée sur les plaies qui, à leur contact, rougissent et sécrètent beaucoup plus abondamment. Ces effets, qui ont été bien vus par les promoteurs de l'usage antiseptique de l'eau oxygénée et qui lui sont contraires, car ils entraînent l'emploi de solutions faibles quand il s'agit d'applications à demeure, sont au contraire favorables quand il s'agit d'hémostase. D'autre part, l'hémostase n'exigeant qu'une action passagère, on peut employer sans inconvénient le liquide à un titre élevé.

De cette triple propriété que possède l'eau oxygénée d'activer la précipitation de la fibrine, d'exciter la fibre lisse et de ne point léser les tissus, il semble légitime de conclure que ce doit être un très bon hémostatique pour l'usage externe. Et pourtant mes trouvailles bibliographiques sur cette particularité de son emploi se bornent à cette citation faite par M. Soulier, dans son *Traité de Thérapeutique et de Pharmacologie*, de la guérison de tumeurs érectiles, par le Dr Mosetig-Moorhof, (le même sans doute, qui a préconisé l'iodoforme en chirurgie) à l'aide d'injections de 4 à 5 gr. d'eau oxygénée faite de quinzaine en quinzaine au centre des tumeurs. Nous-même n'aurions pas songé à l'utiliser pour l'hémostase intra-utérine, si nous n'avions su que M. Castex l'essayait en ce moment même pour l'hémostase nasale.

Soit une hémorrhagie en nappe, provenant d'un utérus vide de corps étranger volumineux tels que débris placentaires ou fibrome pédiculé qu'il faudrait tout d'abord extraire. Supposons que cette hémorrhagie reconnaisse pour cause une métrite fongueuse ou un fibrome interstitiel qui laisse la cavité suffisamment accessible. Si l'on introduit d'un coup, jusqu'au fond de l'organe, une tige porte-topique, garnie de ouate et trempée sans être essorée,

dans de l'eau oxygénée à 12 V., voici ce qu'on observe : production d'une mousse très abondante qui fuse à travers l'orifice externe ; contraction de l'organe sur la tige, mais moins rapide et moins intense que celle produite par le perchlorure de fer, avec une technique analogue ; arrêt immédiat de l'hémorrhagie ou écoulement de quelques gouttes à peine de sang plus ou moins modifié après qu'on a balayé la mousse qui recouvre le col et retiré la tige ; aucune douleur provoquée ; aucune modification des tissus, sinon un blanchiment léger de la muqueuse plutôt dû, je crois, à la décomposition des liquides qu'à un effet même simplement cathérétique ; persistance de l'hémostase durant un temps assez long, au sujet duquel je ne puis encore donner de moyenne (voir mes observations), mais qui se compte par une succession de jours probablement supérieure à celle qui suit l'emploi de moyens locaux aussi peu offensifs, suffisante, en tout cas, pour permettre à une malade anémiée de reprendre des forces et de supporter, à un moment donné, après une ou plusieurs applications semblables, une intervention radicale, s'il y a lieu.

La technique que je viens d'indiquer me paraît être la meilleure, à la condition de se servir de tiges porte-coton très minces, très malléables, comme les derniers modèles de Collin, de ne pas essorer la ouate, d'étudier au préalable le calibre et la courbure du canal. Jusqu'à plus ample informé, je crois qu'il est plus sûr, après avoir laissé une première tige quelques secondes en place, de lui en substituer une autre qu'on retire au bout d'un temps plus long.

Est-il prudent d'injecter l'eau oxygénée dans l'utérus avec la seringue de Braun ? On a signalé des accidents graves à la suite de l'injection d'une quantité notable d'eau oxygénée dans des trajets fistuleux, du fait de l'emphysème du tissu cellulaire, dans la plèvre de par la compression du poumon. Il est possible qu'une injection trop considérable de ce liquide dans l'utérus donne lieu à une distension douloureuse de l'organe, mais j'en ai injecté lentement quelques grammes, c'est-à-dire une quantité suffisante, sans aucun inconvénient ; d'autre part, étant donnée la rapidité de sa décomposition, l'eau oxygénée semble exposer beaucoup moins que tout autre liquide modificateur, aux dangers des injections intra-utérines, dangers relevant de leur passage dans les trompes ou dans les veines d'utérus en invo-

lution. En effet, les embolies gazeuses ne dépassent probablement pas l'ouverture des vaisseaux et, en serait-il autrement, que nous devons être pleinement rassurés par les constatations de Laborde et Quinquaud : les bulles d'oxygène seraient rapidement absorbées par le sang. Cependant, sauf dans les utérus un peu spacieux dont la muqueuse peut ne pas être entièrement atteinte par le badigeonnage, je crois, pour le moment, qu'il vaut mieux s'en tenir à ce dernier procédé. J'en ferais presque une obligation dans le cas de canal utérin étroit et dévié. M. S. Bonnet, contrôlant mes essais, m'a dit avoir employé sans inconvénient, à la suite d'un évidement du col, un tamponnement à demeure avec une mèche de gaze chargée d'eau oxygénée à 15 v. Mais je crois, étant donné ce que l'on sait de l'action irritante de l'eau oxygénée, qu'il faut éviter ces applications prolongées, surtout à un titre aussi élevé, à moins donc qu'on ne cherche une action substitutive.

Ceux qui ont fait l'essai de l'eau oxygénée comme antiseptique, c'est-à-dire en application sur les plaies par l'intermédiaire de compresses recouvertes de taffetas imperméable, ont conseillé de ne pas dépasser dans ces conditions les titres de 8 v. (Baldy) à 10 v. (Larrivé) et encore de les réserver aux plaies anciennes, ulcéreuses, pour s'en tenir à 1 v. et 1/2 v. pour les plaies récentes, à 3 v. 1/2 pour les plaies ordinaires. Je me suis servi, sans nul inconvénient, pour l'hémostase intra-utérine, en application passagère, du titre de 12 v. et emploierais sans nulle appréhension le 15 v. dont M. S. Bonnet, comme je viens de le dire, a déjà fait usage.

L'eau oxygénée peut être conservée assez longtemps à son degré de saturation à condition d'être légèrement acidifiée, remise dans un endroit frais, à l'abri de la lumière, des poussières, dans un flacon dont le verre ne contienne pas de bioxyde de manganèse et aussi peu agitée que possible. D'après Baldy, s'il s'est dégagé un peu de gaz, ce qui est facile à voir d'après les bulles formées, la pression de ce gaz sur le liquide a une tendance marquée à en faire dégager d'autre, ce qui paraît assez paradoxal et implique cette conclusion qu'il vaut mieux conserver l'eau oxygénée dans des flacons mal bouchés.

Je vous ferai grâce du détail de mes observations. Elles sont encore peu nombreuses, mais très concluantes. Ainsi, chez une

femme atteinte d'un petit fibrome interstitiel et qui était presque exsangue et en imminence de syncope quand je fus amené auprès d'elle, qu'on avait inutilement traitée par l'ergotine et les injections chaudes, j'ai pu arrêter immédiatement l'hémorragie qui durait depuis huit jours à l'aide d'un badigeonnage à l'eau oxygénée ; le résultat persista d'une façon absolue pendant 48 h. ; au bout de ce temps, très léger suintement arrêté par une simple injection chaude.

Deuxième femme présentant, depuis une dizaine de jours, une métrorrhagie abondante, causée par une hyperplasie de la muqueuse. Arrêt immédiat de l'hémorragie par l'eau oxygénée et curettage huit jours après.

Troisième femme atteinte d'hypertrophie du corps de l'utérus avec petits fibromes interstitiels, adressée à ma clinique dans un état vraiment grave. Hémorragies continues depuis 6 mois, de 12 à 15 selles diarrhéiques dans les 24 heures depuis plusieurs semaines, cachexie prononcée. J'arrête complètement les hémorragies par trois badigeonnages à l'eau oxygénée pratiqués à plusieurs jours d'intervalle et la diarrhée par les moyens usuels. Je fais l'hystérectomie vaginale, il y a 8 jours, dans des conditions beaucoup meilleures qu'à l'entrée et la malade peut être considérée comme guérie.

A la suite de deux curettages à la curette tranchante, j'ai vu le suintement de sang céder immédiatement au badigeonnage ou à l'injection d'eau oxygénée, ceci à titre de simple document.

Enfin, M. Bonnet a fait la même constatation à la suite de l'évidement du col.

L'eau oxygénée agit-elle aussi bien sur les hémorragies en nappe de tout autre siège ? Un de mes assistants m'a dit l'avoir constaté pour une plaie superficielle, assez étendue, de la paume de la main et j'ai fait la même remarque pour de petites plaies des téguments. Mais je ne puis et ne veux actuellement que vous affirmer l'effet du topique en question sur les hémorragies de l'utérus, effet qui peut être plus prononcé ici que partout ailleurs, du fait de la contractilité si énergique de l'organe.

Cette propriété, jusqu'ici négligée, de l'eau oxygénée, se recommande d'autant plus à vos essais que ce liquide ne cause pas de douleurs, n'altère pas les tissus, ne laisse pas derrière lui de caillots susceptibles de s'infecter, qu'il est légèrement antisepti-

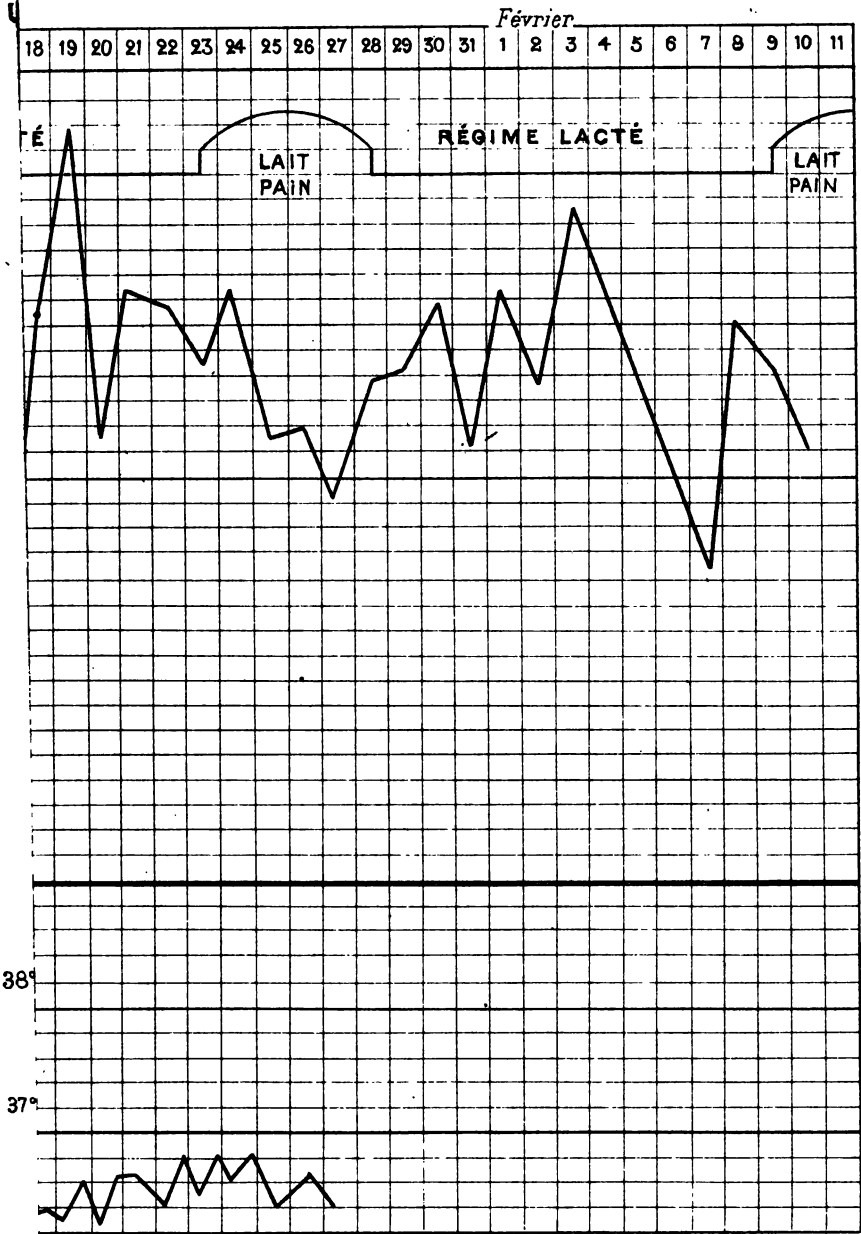
que et qu'enfin il ne peut être ni toxique, puisqu'il se décompose en agissant, ni cause d'embolies gazeuses, puisque au cas peu probable où ces embolies se produiraient, elles seraient absorbées immédiatement par le sang.

### Discussion :

M. BONNET. — J'ai employé avec succès l'eau oxygénée sur les indications de M. Paul Petit, pour l'hémostase intra-utérine, et je n'ai jamais observé qu'elle eût une action caustique. Notamment dans un cas d'hémorrhagie, à la suite d'avortement, j'ai vu le sang s'arrêter sous mes yeux après avoir fait un seul badigeonnage intra-utérin avec le liquide en question.

M. GUÉNIOT. — J'ai fait il y a quelque temps à la Maternité des expériences pour fixer le pouvoir antiseptique de différents corps. Elles consistaient à laisser séjourner un morceau de cordon dans différents liquides ; je me souviens qu'au bout d'un certain temps celui qui baignait dans l'eau oxygénée avait complètement disparu.

D<sup>r</sup> P. PETIT. — Si ce fragment de cordon placé par M. Guéniot dans l'eau oxygénée a disparu, c'est qu'il a été détruit probablement par oxydation plus ou moins rapide, et si cette destruction a pu avoir lieu, c'est que la masse du liquide était considérable par rapport au fragment de tissu qui ne pouvait en décomposer immédiatement qu'une faible partie. Pour l'usage que je préconise, il ne s'agit pas d'immerger un organe dans l'eau oxygénée, mais d'en faire agir à sa surface une petite quantité qui dégage une grande partie de son oxygène à l'air libre. D'autre part M. Guéniot ne nous indique pas le titre de sa solution et l'on ne peut comparer l'action de l'oxygène sur les tissus morts à celle qu'il exerce sur les tissus vivants dont il est l'excitant naturel. Dans les conditions que j'ai précisées, l'eau oxygénée ne donne pas lieu à une action caustique. Je recommande beaucoup, si on veut essayer ses effets hémostatiques, de l'employer au titre de 12 v. à 15 v.







**Elections***Elections du bureau de 1896***1<sup>o</sup> Election d'un deuxième Vice-Président.**

Nombre des votants 19.

MM. DOLÉRIS..... 10 voix

BAR..... 9 voix

M. DOLÉRIS est élu deuxième Vice-Président.

**2<sup>a</sup>) Election de deux secrétaires des séances.**

MM. FOURNEL..... 12 voix

PICHEVIN..... 12 voix

NITOT..... 3 voix

GENDRON..... 2 voix

BUREAU..... 1 voix

M. FOURNEL est élu secrétaire des séances.

M. PICHEVIN est élu secrétaire adjoint.

**3) Election d'un Membre correspondant national.**

M. DELASSUS..... 15 voix

M. DELASSUS est élu Membre correspondant national.

**5<sup>a</sup>) Election d'un Membre correspondant étranger.**

M. CÉLESTINO MARTIN DE ARGENTA... 14 voix

M. CÉLESTINO MARTIN DE ARGENTA est élu membre correspondant étranger.

## TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

| A                                                                                                                   |         |                                                                                                         |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Abcès. Voy. utérus.                                                                                                 |         | Basedow. Voy. maladie de Basedow                                                                        |               |
| Accouchement. Fracture pendant l'a. —                                                                               | 121     | Bassin. Voy. symphyséotomie.                                                                            |               |
| A. — d'une morphinomane                                                                                             | 356     | Rétrécissement rachitique du b. —                                                                       | 3             |
| A. — prématuré à 7 mois de grossesse. Enfant vivant.                                                                | 128     | BIENFAIT                                                                                                | 401           |
| Statistique du service d'a. — de la Charité.                                                                        | 160     | BONNET                                                                                                  | 158, 312, 314 |
| Affections génitales de la femme.                                                                                   | 298     | BOUCHACOURT                                                                                             | 492, 493      |
| Allocution du président sortant                                                                                     | 1       | Brides amniotiques. Voy. fœtus.                                                                         |               |
| A. — du président entrant.                                                                                          | 2       | BRINDEAU                                                                                                | 73, 171, 490  |
| Annexes. Traitement des affections inflammatoires des a. —                                                          | 420     | Buenos-Ayres. Rapport sur l'obstétrique à B. —                                                          | 362           |
| Antéflexion utérine. A. — et crête médiane antérieure                                                               | 106     | BUREAU                                                                                                  | 350           |
| APERT                                                                                                               | 208     | BUDIN, 1. 36, 41, 42, 55, 133, 159, 208, 232, 412, 413, 494, 496, 497, 499,                             | 500           |
| Aseptique. Ouate a. —                                                                                               | 57      | C                                                                                                       |               |
| Ascite du fœtus. Dystocie pour a. — Syphilis. Malformations multiples.                                              | 203     | CAUBET                                                                                                  | 365           |
| Atrésie congénitale de l'hymen.                                                                                     | 445     | CELESTINO DE ARGENTA                                                                                    | 439           |
| Avortement. Voy. vomissements incoercibles                                                                          |         | Charité. Service d'accouchements de la C. —                                                             | 160           |
| A. — brusque dans un cas d'hémorrhagie grave due au décollement placentaire au cours d'une fausse couche prolongée. | 41      | CHARPENTIER, 10, 41, 52, 133, 152, 261, 291, 292, 379, 412,                                             | 413           |
| A. — gémellaire avec les deux œufs intacts                                                                          | 493     | Chirurgie gynécologique. Statistique de petite c. — 190 cas de petite c. — pour lésions de l'endomètre. | 74            |
| AUVARD                                                                                                              | 96, 365 | Chlorure de zinc. Voy. utérus                                                                           | 11            |
| B                                                                                                                   |         | Cœur. Voy. syphilis. Insuffisance tricuspidienn.                                                        |               |
| BAR 49, 57, 58, 105, 134, 273, 279, 297, 401, 412, 435,                                                             | 412     | Col de l'utérus. Oblitération du c. —                                                                   | 341           |
|                                                                                                                     |         | Colpo-hystéropexie antérieure.                                                                          | 106           |
|                                                                                                                     |         | Conservateurs et mutilateurs.                                                                           | 322           |
|                                                                                                                     |         | Contracture. Voy. nouveau-né.                                                                           |               |

|                                                                                                |          |                                                                                                                                                                   |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Contracture chez un nouveau-né.....                                                            | 171      | E — de MM. Delassus, Célestino Martin de Argenta                                                                                                                  | 515      |
| Cordon ombilical. Voy. syphilis.                                                               |          | E — du Bureau pour 1896                                                                                                                                           | 515      |
| Conformation singulière du c. —.....                                                           | 105      | Electrisation à courant continu. Voy. vomissements incoercibles.                                                                                                  |          |
| C. — présentant une dissociation des vaisseaux                                                 | 288, 341 | Endométrium. Voy. chirurgie gynécologique.                                                                                                                        |          |
| COROMILAS.....                                                                                 | 445      | Evolution artificielle très difficile dans un utérus à cloison.....                                                                                               | 266      |
| Curettage. Voy. utérus.                                                                        |          |                                                                                                                                                                   |          |
| Sur les dangers et les complications du c. — post-partum.....                                  | 100      |                                                                                                                                                                   |          |
|                                                                                                |          | <b>F</b>                                                                                                                                                          |          |
| <b>D</b>                                                                                       |          | Femme. Affections génitales de la f. —.....                                                                                                                       | 298      |
| Décollement placentaire.                                                                       |          | Fibrome. F. — de la région inguinale droite.....                                                                                                                  | 137      |
| Hémorrhagie grave due au d. —.....                                                             | 42       | Fibrome utérin. Traitement des f. —.....                                                                                                                          | 414      |
| DELASSUS.....                                                                                  | 440      | F. — adhérents. Hystérectomie par morcellement.                                                                                                                   | 292      |
| Dégénérescence kystique des reins. Voy. fœtus.                                                 |          | D'une nouvelle thérapeutique des f. —.....                                                                                                                        | 414      |
| Dermatite prurigineuse récidivante des femmes enceintes.....                                   | 58       | Hystérectomie abdominale totale pour f. —.....                                                                                                                    | 174      |
| DÉVÉ.....                                                                                      | 210      | Perforation du fond de l'utérus par un f. —.....                                                                                                                  | 353      |
| Dilatation utérine.....                                                                        | 322      | Fœtus. Voy. ascite. Rétention d'urine.                                                                                                                            |          |
| DOLÉRIS... 33, 41, 42, 48, 56, 93, 107, 135, 137, 154, 160, 174, 298, 312, 420, 497, 498, 501, | 505      | Examen d'une tête de f. — nosencéphale.....                                                                                                                       | 230      |
| DUMONT.....                                                                                    | 99       | Rétention d'urine chez un f. —.....                                                                                                                               | 210      |
| DUMONT-PALLIER, 137, 159, 160, 169, 202,                                                       | 232      | Valvule uréthrale chez le f. —, rétention d'urine, double hydronéphrose, dégénérescence kystique des reins, ascite, ponction, mort de l'enfant et de la mère..... | 221      |
| Duodénum. Oblitération du d. —.....                                                            | 73       | Tractions rythmées de la langue dans le cas de mort apparente du f. —..                                                                                           | 34       |
| DURANTE.....                                                                                   | 341      | F. — atteint de malformations congénitales multiples à la suite de brides amniotiques.....                                                                        | 492      |
| Dystocie par ascite du fœtus.....                                                              | 203      | FORMAN.....                                                                                                                                                       | 128, 135 |
|                                                                                                |          | FOURNEL, 8, 88, 96, 176, 230, 262, 292,                                                                                                                           | 322      |
|                                                                                                |          | Fracture. Cas de f. — pendant l'accouchement.....                                                                                                                 | 121      |
| <b>E</b>                                                                                       |          |                                                                                                                                                                   |          |
| Eau oxygénée dans l'hémostase intra-utérine...                                                 | 505      |                                                                                                                                                                   |          |
| Elections. E. — de MM. Lugeol, Dumont, Dudley, Harris, Hunter Robb, Montoya.....               | 136      |                                                                                                                                                                   |          |
| E — de MM. Caubet, Tisier, Bureau, S Gache...                                                  | 444      |                                                                                                                                                                   |          |

| Q                                                                                |          | K                                                                                          |             |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Galvanisation du pneumo-<br>gastrique. Voy. vomisse-<br>ments incoercibles.      |          | Kyste papillomateux de l'o-<br>vaire gauche.....                                           | 123         |
| GENDRON.....                                                                     | 74       | L                                                                                          |             |
| Grossesse. Voy. maladie de<br>Basedow.                                           |          | LABUSQUIÈRE.....                                                                           | 262, 273    |
| Vomissements graves de<br>la g. —.....                                           | 401      | Lacs. Dangers des l. —...                                                                  | 43          |
| Vomissements incoercibles<br>de la g. —.....                                     | 118, 379 | Emploi du l. —.....                                                                        | 369         |
| Dermatite de la g. —.....                                                        | 58       | Emploi des l. — dans<br>le cas de présentation du<br>siège.....                            | 49          |
| GUÉNIOT. 54, 135, 292, 493, 495,                                                 | 499      | Langue. Lésion parasitai-<br>re de la l. — chez le<br>nouveau-né.....                      | 44          |
| Gynécologique. Statistique<br>de petite chirurgie g. —...                        | 74       | LARAT.....                                                                                 | 394, 41     |
| 190 cas de petite chirurgie<br>g. — pour lésions de<br>l'endomètre.....          | 11       | Lésions annexielles. Thé-<br>rapeutique intra-utérine<br>dans les l. —.....                | 10          |
| H                                                                                |          | Lésions de l'endomètre.<br>Voy. petite chirurgie gy-<br>nécologique.                       |             |
| Hémostase. Voy. eau oxygé-<br>née.                                               |          | Lésions vasculaires. Voy.<br>utérus.                                                       |             |
| HÉNAULT (Mlle C.).....                                                           | 160      | LOVIER.....                                                                                | 11, 118, 41 |
| Herpès gestationis.....                                                          | 58       | M                                                                                          |             |
| HUNTER ROBB.....                                                                 | 101      | MACÉ.....                                                                                  | 288, 34     |
| Hydronéphrose. Voy. fœ-<br>tus.                                                  |          | Maladie de Basedow. M. —<br>et pathologie utérine.....                                     | 188, 29     |
| Hymen. Atrésie congénita-<br>le de l'h. —.....                                   | 445      | M. — et grossesse.....                                                                     | 28          |
| Hystérectomie abdominale<br>totale pour fibromes.....                            | 174      | Malformations congénitales.<br>Voy. ascite.                                                |             |
| I                                                                                |          | MARULA.....                                                                                | 1           |
| Infection. I. — chirurgicale<br>péritonéale.....                                 | 457      | MAYGRIER, 2, 34, 41, 48, 56,<br>352, 413,                                                  | 49          |
| Sur la fausse I. — puer-<br>pérale d'origine intestina-<br>le.....               | 99       | MERLE.....                                                                                 | 16          |
| Insuffisance tricuspidienn<br>congénitale.....                                   | 490      | Métrite et périmérite.....                                                                 | 1           |
| Instrument pour irrigations<br>rectales.....                                     | 497      | Métrorrhagie et lésions vas-<br>culaires de l'utérus.....                                  | 45          |
| I. — pour l'emploi de l'eau<br>chaude dans le traitement<br>des hémorroïdes..... | 500      | Môle hydatique.....                                                                        | 1           |
| J                                                                                |          | MONTOYA.....                                                                               | 00          |
| JOUIN, 127, 128, 188, 202, 203,<br>310,                                          | 414      | Morphinomane. Accouche-<br>ment d'une m. —.....                                            | 35          |
|                                                                                  |          | Mort apparente du fœtus.<br>Tractions rythmées de<br>la langue dans le cas de<br>m. —..... | 3           |
|                                                                                  |          | Mutilateurs et conserva-<br>teurs.....                                                     | 32          |



Syphilis. Voy. ascite.  
Périartérite généralisée  
dans la s.— chez le fœtus  
274, 341

### T

Tératome chez un nouveau-  
né..... 349  
Thérapeutique intra-utéri-  
ne. Discussion sur la t.—  
108, 127, 232, 314, 420  
Thrombus. Voy. symphy-  
séotomie.  
TISSIER...3, 49, 58, 105, 274, 297  
TOUCHE..... 353  
TOUVENAINT.34, 99, 125, 128,  
411, 497  
Tractions rythmées de la  
langue dans le cas de  
mort apparente du fœtus 34

### U

Utérines. Seringue à instil-  
lations intra-u.—..... 288  
Utérus. Dilatation de l'u.— 322  
Fibromes adhérents de  
l'u.—..... 292

Hystérectomie abdomi-  
nale totale pour fibromes  
de l'u.—..... 174  
Métrorrhagie et lésions  
vasculaires de l'u.—..... 452  
Traitement des fibromes  
de l'u.— à cloison..... 414  
Evolution artificielle très  
difficile dans un u.— .... 266  
Coupes de l'u.— après  
curage et après la cauté-  
risation au chlorure de  
zinc..... 170  
Perforation traumatique  
de l'u.— ..... 495  
Absès de l'u.—..... 501

### V

Vomissements. Avortement  
et v.—..... 979  
V.— graves de la gros-  
sesse.....118, 379  
V.— traités par l'électri-  
sation.—.....374, 401  
Vulvule uréthrale.Voy. fœ-  
tus.





